BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE

DERMATOLOGIE
ET DE
SYPHILIGRAPHIE



BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE
DE
DERMATOLOGIE
ET DE
SYPHILIGRAPHIE

SECRÉTAIRE GÉNÉRAL : Robert DEGOS

90153

57e année — 1947

MASSON ET Cie
Éditeurs

ANNALES

DE

DERMATOLOGIE

ET DE

SYPHILIGRAPHIE

8e série. — Tome 7. — 1947

ANNALES
DE
DERMATOLOGIE
ET DE
SYPHILIGRAPHIE

SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION

Albert TOURAINE

8e Série — Tome 7 — 1947

MASSON ET Cie
Éditeurs
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS (6e)



TRAVAUX ORIGINAUX

ÉPITHÉLIOMAS NÆVIQUES MULTIPLES DE LA FACE ET DU TRONC

Par L.-M. PAUTRIER (Strasbourg).

Les formations de structure épithéliomateuse mais d'allure bénigne et non évolutive, et auxquelles on refuse, de ce fait, le nom d'épithéliomas et que l'on rencontre dans une série de petites tumeurs cutanées, peuvent se présenter sous de multiples aspects objectifs.

En dehors des « cylindromes du cuir chevelu » ou Tumeurs de Spiegler, qui ne sont en somme que des épithéliomas baso-cellulaires subissant de façon particulièrement marquée une évolution cylindromateuse, que l'on rencontre également dans nombre d'épithéliomas de la face et encore dans des cancers des glandes salivaires, lacrymales, on rencontre encore des boyaux de cellules épithéliales, plus ou moins renflés, avec formations kystiques en certains points, des tractus ou réseaux baso-cellulaires, dans les petites tumeurs de la face improprement dénommées adénomes sébacés, du type Balzer-Menetrier, si bien que ces mêmes petites tumeurs sont encore nommées par Brooke « épithélioma adénoïde cystique », par Fordyce et White « épithélioma multiple, bénin cystique », par Jarisch « tricho-épithéliome papuleux multiple ». Dans les hidradénomes éruptifs du tronc ou des paupières inférieures, on retrouve également des tractus épithéliaux cylindriques, ramifiés, des cavités kystiques tapissées par quelques assises de cellules d'allure épithéliomateuse, à l'origine desquels on a admis tantôt une origine nævique, tantôt le bourgeonnement de rudiments de glandes sudoripares avortées, tantôt la néoformation possible, chez l'adulte, de glandes avortées et plus ou moins anormales.

Un cas récent, que nous venons d'étudier, montre que ces différents aspects cliniques et histologiques ne renferment encore pas la totalité des faits que l'on peut observer — puisque notre malade présente au niveau du visage, du cuir chevelu et du tronc de nombreuses tumeurs de taille variable, apparues vers l'âge de trois ans et qui sont constituées par des formations épithéliomateuses baso-cellulaires les plus indiscutables et associées à un collagène nettement scléreux et fibromateux. Le terme d'*épithélioma nævique* me paraît donc parfaitement justifié pour ce type.

Mlle A. D..., 19 ans, m'a été envoyée par le Prof. Waitz pour les lésions de la face et du tronc qu'elle présente depuis l'âge de 3 ou 4 ans. La malade ne peut préciser exactement la date d'apparition, mais elle sait qu'au sortir de la petite enfance, elle présentait déjà les lésions pour lesquelles elle nous est adressée.



Ces lésions se sont agrandies en même temps que la malade elle-même et n'ont jamais été le point de départ ni de douleurs ni d'une inflammation quelconque. Mais la malade en est gênée aujourd'hui au point de vue esthétique et c'est ce qui l'a décidée à venir me consulter.

Face. — Les lésions siègent symétriquement de chaque côté au niveau des régions temporales, mais beaucoup plus abondantes et volumineuses à gauche qu'à droite. Dans toute la région temporale gauche et empiétant sur le cuir chevelu, on note la présence de lésions confluentes, quelques-unes isolées, d'autres étroitement grou-



Fig. 1.

pées les unes à côté des autres. Les plus petites ont les dimensions d'une chevrotine, les plus grosses celles d'un pois vert. Elles sont nettement saillantes et bombées, arrondies en coupole, de teinte bistre ou légèrement rosée. La surface est lisse, recouverte par un épiderme sans trace de desquamation. Elles sont extériorisées, non infiltrées en profondeur, mais très dures au toucher. Au pôle supérieur de la région temporale, elles empiètent nettement sur le cuir chevelu et s'étendent jusqu'au sommet de la région occipitale gauche (fig. 1).

Au niveau de la région temporale droite, les lésions siègent au niveau de la limite du cuir chevelu et sont beaucoup plus discrètes, une dizaine au total. Elles sont plus petites, mais présentent toujours les mêmes caractères.

Face latérale du nez et sillons naso-géniens. — Sur la face latérale gauche du nez, on trouve quelques lésions partant du bord interne du sourcil, occupant la face latérale du nez, où elles sont isolées, peu nombreuses et de petit volume, tandis que dans le sillon naso-génien, elles sont confluentes et forment une véritable bandelette qui occupe toute l'étendue de ce sillon. Les lésions présentent toujours les

mêmes caractères d'extériorisation, de fermeté au toucher et leur teinte est d'un rose un peu vif avec une ou deux télangiectasies à leur surface.

Le reste de la face est indemne.



FIG. 2. — Tumeur de la région temporale. Aspect typique d'un épithélioma à minces digitations, anastomosées en bois de cerf ; il n'existe aucun raccordement entre l'épiderme de recouvrement et les néoformations épithéliomateuses.

Cuir chevelu. — On retrouve par-ci, par-là, dans le cuir chevelu, groupées principalement dans la région médiane au niveau du vertex, une série de lésions isolées, ayant toujours les mêmes caractères, grosseur d'un pois vert, extériorisation,

surface lisse et bombée, dureté ligneuse. La malade déclare qu'on lui a déjà enlevé un certain nombre de ces petites tumeurs.

Tronc. — Dans la partie supérieure du dos, partant de la région inférieure de la nuque et s'étendant dans la région interscapulaire, dans la fosse sus-épineuse et dans la partie médiane du dos jusque vers la région lombaire, on note l'existence

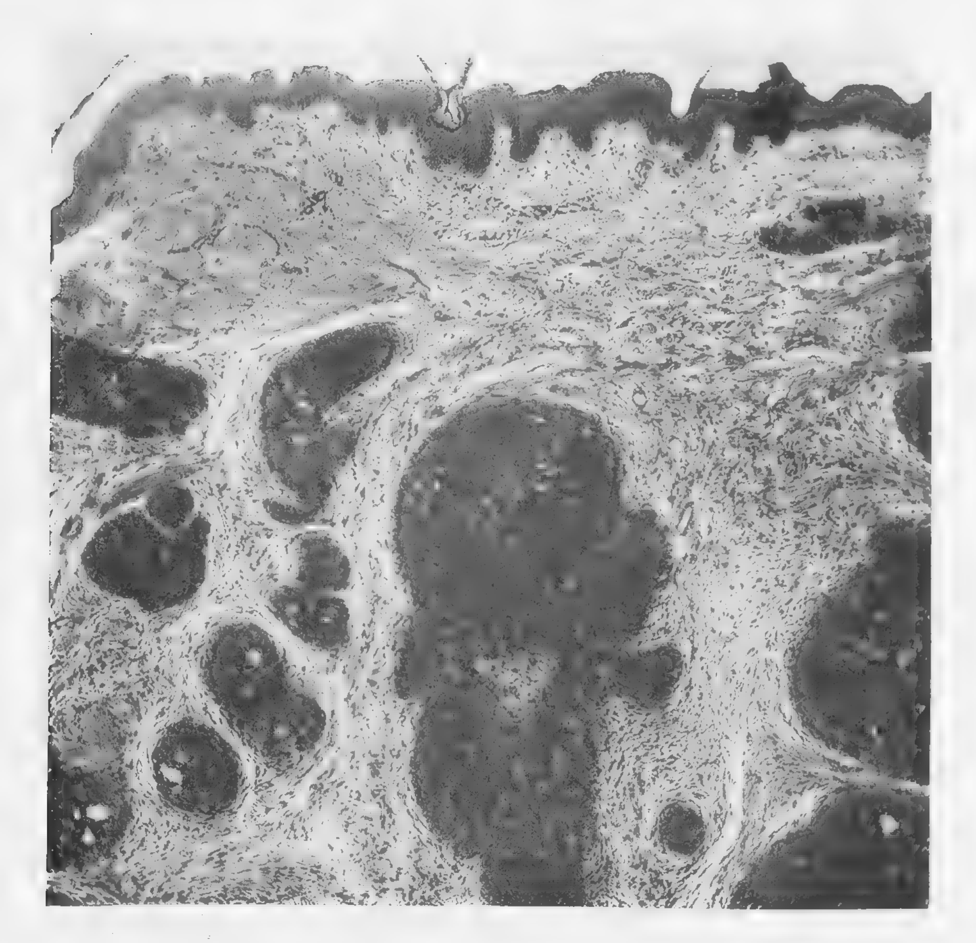


Fig. 3. — Tumeur hypodermique de la région abdominale. Les bourgeons épithéliomateux forment des masses beaucoup plus volumineuses, arrondies ou ovoïdes, n'entrant jamais en contact avec l'épiderme de surface. Le collagène qui les sépare est manifestement scléreux.

de lésions analogues, c'est-à-dire de tumeurs isolées, saillantes, extériorisées, de la grosseur d'un pois vert, toujours d'une dureté ligneuse. Quelques-unes sont cependant beaucoup moins extériorisées que les autres et se révèlent surtout au palper. Elles siègent, en effet, dans la profondeur et, de plus, ce palper révèle, en particulier à la partie supérieure de l'épaule gauche et dans la partie médiane du dos, la présence de tumeurs profondes, qui ne déterminent qu'une légère voussure de

la peau. Mais au palper, on sent de véritables tumeurs hypodermiques, dont quelques-unes assez nettement circonscrites, atteignent le volume d'une noisette et même celui d'une noix, et dont d'autres forment des tumeurs bosselées, mal limitées et plus étendues, formant des gâteaux hypodermiques profonds, de 3 à 4 centimètres

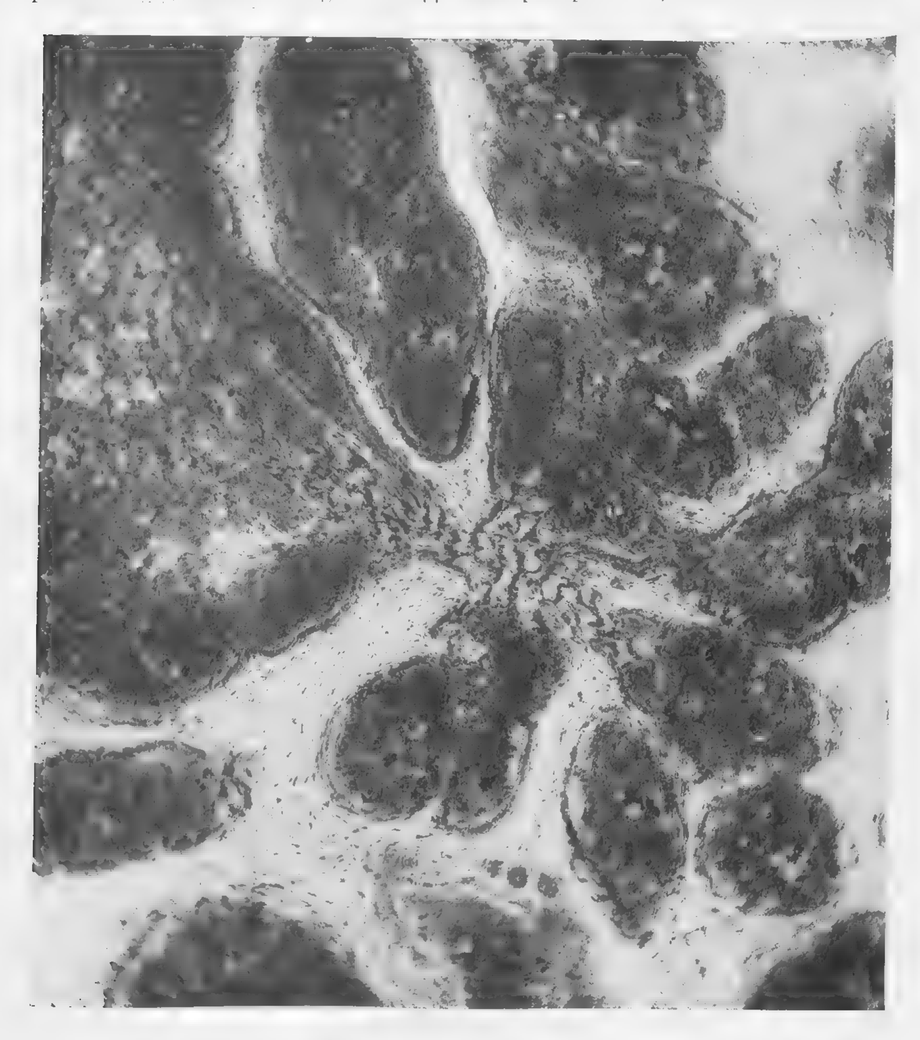


Fig. 4. — Bourgeons épithéliomateux en forme de poire ou de bissac, anastomosés entre eux, en un point central, par de fines digitations et éveillant manifestement l'impression d'un point de départ glandulaire.

de diamètre. Sur certains points, en particulier dans la partie médiane du dos, on note la présence de taches de couleur un peu gris bleuté.

Face antérieure du tronc. — Dans la région des clavicules, on note à gauche, vers l'extrémité externe de la clavicule, la présence d'une petite nodosité de la gros-

seur d'un pois vert et, à la partie externe de la clavicule droite, la présence d'une tumeur profonde, mais déterminant cependant une saillie très appréciable de la grosseur d'une noix. En dessous de la clavicule, du côté gauche, nodosités hypodermiques de la grosseur d'un noyau de cerise.

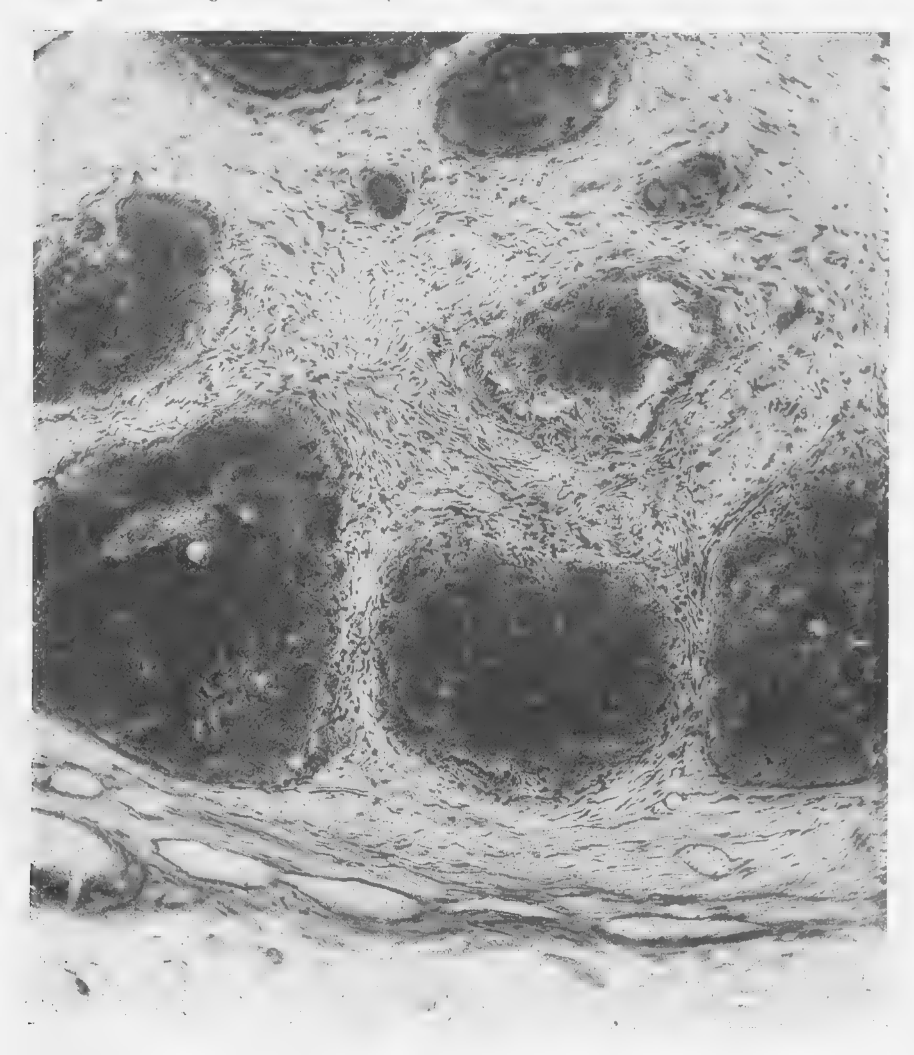


Fig. 5. — Bordure inférieure de la tumeur abdominale. Gros bourgeons épithéliomateux assez régulièrement juxtaposés ; le tout étant nettement encerclé par une véritable bandelette de collagène riche en vaisseaux.

La face inférieure du sein gauche présente également au palper de nombreuses nodosités profondes de la dimension moyenne d'un noyau de cerise.

Des lésions analogues se retrouvent dans la paroi abdominale, en dessous et à

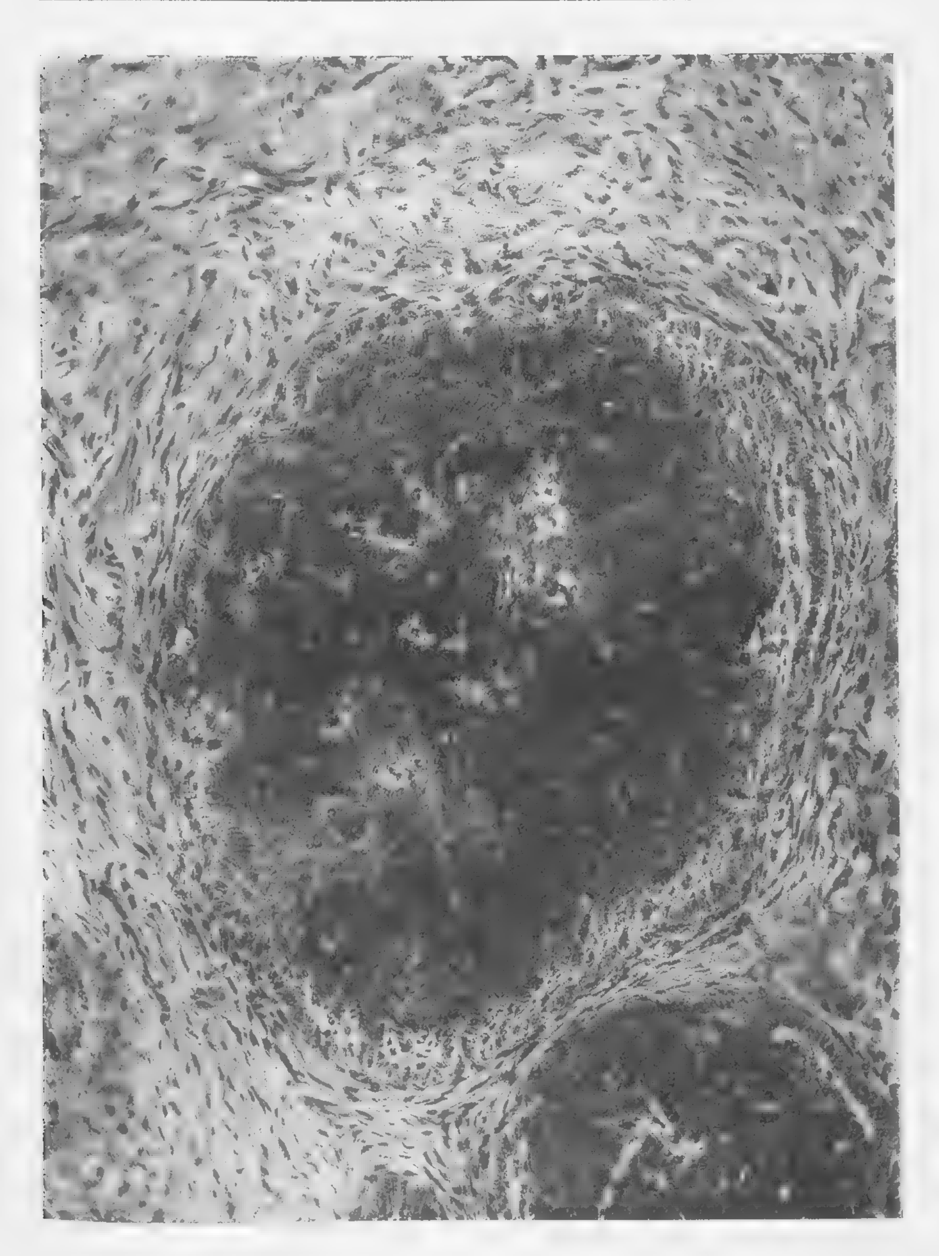


Fig. 6. — Détail de la structure des gros nodules épithéliomateux. Couche basale périphérique nette ; deuxième zone demi-lacunaire, à cellules dissociées ; toute la région centrale est constituée par un amas très dense de petites cellules étroitement tassées. Sclérose manifeste du collagène périphérique.

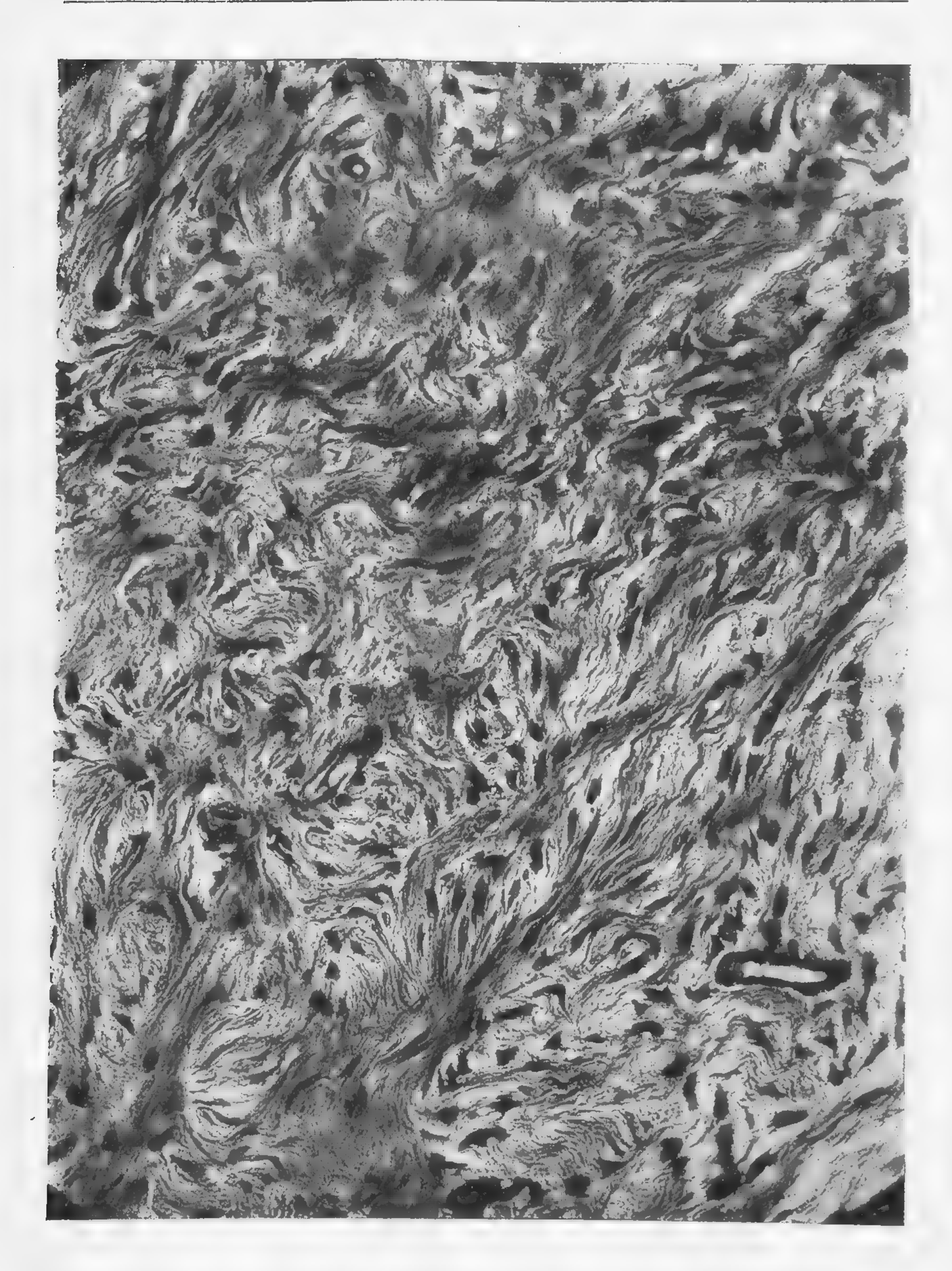


Fig. 7. — Détail montrant l'aspect vraiment fibromateux du collagène, avec tourbillons irréguliers de fibrocytes et gros trousseaux scléreux de collagène

gauche de l'ombilic. On note en même temps l'existence de petites taches pigmentaires brunâtres de la grosseur d'une lentille, et d'un nævus tubéreux pigmentaire au-dessous du sein gauche.

Au-dessus de la fesse gauche, dans la région de la taille, tumeur profonde, décelable seulement au palper, de la grosseur d'une petite noix.

Au niveau du creux poplité gauche, il existe également deux petites nodosités profondes de la grosseur d'un pois vert.

Ajoutons que l'état général de la malade est, d'autre part, excellent — que, hors les lésions cutanées, rien n'est à signaler chez elle — qu'elle est d'une intelligence qu'on peut qualifier au-dessus de la moyenne puisqu'elle prépare, dans d'excellentes conditions, une licence de mathématiques.

Ajoutons encore qu'elle n'a pas connaissance de lésions analogues chez d'autres membres de sa famille.

Le diagnostic clinique des lésions de notre malade n'était pas sans offrir des difficultés réelles.

Les petites tumeurs isolées, dures et fermes, du cuir chevelu et des régions temporales soulevaient le diagnostic de tumeurs de Spiegler, ou cylindrome du cuir chevelu.

D'autre part, les lésions couvrant la moitié gauche du nez, et le sillon naso-génien (et même celles des régions temporales) pouvaient faire penser aux lésions improprement appelées adénomes sébacés de la face, type dur, de Balzer-Menetrier.

Par contre, les lésions du tronc, des épaules, du dos, de la région lombaire, de la paroi abdominale, soulevaient de nouvelles hypothèses. Si certaines de ces tumeurs étaient nettement extériorisées, la plupart d'entre elles ne faisaient qu'une saillie minime et c'est le palper qui révélait, en profondeur, en plein hypoderme, la présence de néoformations atteignant les dimensions d'une noix et parfois de véritables tumeurs bosselées de 3 à 4 centimètres de diamètre. La coexistence de quelques taches bleutées, de taches pigmentaires brunâtres permettaient de se demander si l'on ne se trouvait pas en présence d'un cas de maladie de Recklinghausen.

C'est pour sortir de cet embarras que nous pratiquâmes deux biopsies portant, l'une sur une des petites tumeurs de la région temporale, l'autre sur une tumeur hypodermique volumineuse de la paroi abdominale.

A des détails de structure près, ces deux biopsies nous donnèrent une réponse analogue et qu'on ne peut interpréter que, non pas comme de vagues tractus ou formations d'allure épithéliomateuse, mais comme des épithéliomas baso-cellulaires authentiques, d'allure un peu particulière.

La biopsie de la lésion frontale, sous un épiderme aminci, qui a perdu toute crête interpapillaire et dessine une ligne droite et sous une assez mince bandelette de collagène riche en capillaires, montre l'épithélioma baso-cellulaire en bois de cerf (voir fig. 2) le plus typique, avec de minces traînées épithéliomateuses anastomosées en ramifications élégantes, dans la partie superficielle et moyenne de la petite tumeur. A mesure qu'on descend vers la partie profonde, les néoformations épithéliomateuses perdent cet aspect de fines digitations anastomosées et forment des bourgeons sensiblement plus renflés et plus épais venant presque au contact les uns des autres. Le collagène qui sépare les bourgeons épithéliaux est assez riche en fibrocytes et présente déjà une ébauche d'aspect scléreux.

La biopsie de la région abdominale a porté sur une tumeur beaucoup plus importante s'enfonçant profondément dans l'hypoderme.

Les formations épithéliomateuses ne montent pas aussi haut vers l'épiderme. Elles en restent séparées par une large bande de collagène manifestement scléreux. Dès qu'elles apparaissent, elles sont différentes de celles de la tumeur frontale : plus de minces digitations en bois de cerf, mais de gros bourgeons épais, trapus, presque toujours de forme vaguement arrondie ou ovoïde (voir fig. 3). Dans la partie centrale et profonde de la tumeur, le volume des formations épithéliales augmente sensiblement et elles forment d'énormes nodules presque toujours arrondis ou ovalaires. Cependant sur certains points, on observe des images bien curieuses, telles que celle qu'on trouvera sur la figure 4. La partie centrale est formée par une série de petites digitations anastamosées, puis, à la périphérie, chacune de ces digitations s'épanouit en un volumineux nodule en forme de poire ou de bissac, le tout rappelant l'architecture de volumineux lobules à point de départ glandulaire et anastomosés par un de leurs pôles.

On finit par arriver à la périphérie inférieure de la tumeur : elle est constituée par une série de nodules épithéliaux arrondis, redevenant de plus petite taille et juxtaposés les uns à côté des autres. Ils sont très nettement limités à leur partie distale et l'ensemble de la tumeur est encerclée par une forte bande de collagène, riche en vaisseaux, qui lui forme comme une sorte de capsule — et qui témoigne qu'il n'y a aucun signe d'envahissement (voir fig. 5).

La structure de toutes ces formations épithéliomateuses est assez particulière : elles présentent à leur périphérie une couche externe de cellules palissadiques, très régulièrement distribuées, hautes et étroites et qui constituent indiscutablement une couche basale (voir fig. 6). Vient ensuite une zone demi-lacunaire où les cellules sont séparées par de petites cavités. Enfin, toute la partie centrale du nodule est constituée par un amas dense de cellules distribuées sans ordre, étroitement entassées, sans qu'autour des noyaux on puisse distinguer de limites cellulaires, ni le moindre appareil filamenteux. Mais en certains points, on distingue des cavités remplies par des lamelles imbriquées, pseudo-cornées.

Déjà autour du nodule de la figure 6 on peut noter l'aspect spécial du collagène, très riche en fibrocytes et d'aspect scléreux.

On en jugera encore mieux sur la figure 7, où l'aspect fibromateux est éclatant avec ses tourbillons irréguliers de cellules fusiformes et de gros trousseaux scléreux de collagène.

Au total, il s'agit donc d'épithéliomas baso-cellulaires multiples, avec quelques détails particuliers dans leur structure — et qui prennent un aspect spécial de par leur association avec un collagène fibromateux. Ces tumeurs multiples étant apparues entre 2 et 3 ans, leur origine nævique ne peut être mise en doute.

Refusera-t-on à ces tumeurs le nom d'épithélioma en raison de leur bénignité évidente et de leur absence de toute évolution ?

Ce serait substituer à la définition histologique de l'épithélioma une définition « pronostique » qui ne peut tenir.

Je crois donc que le terme d'épithéliomas næviques de la face et du tronc est celui qui convient le mieux.

L'aspect spécial de ces lésions incite à penser qu'elles sont d'origine embryonnaire, évolutive et ont un point de départ aux dépens de rudiments de glandes ou de poils. On remarquera d'ailleurs qu'il n'y a jamais le moindre contact entre les formations épithéliomateuses et l'épiderme de surface.

TRAITEMENT DE L'INTOXICATION ARSENICALE PAR B. A. L. (BRITISH ANTI-LEWISITE)

Par R. A. PETERS, L. A. STOCKEN et R. H. S. THOMPSON
Department of Biochemistry, Oxford.

La substance appelée B. A. L. est le 2 : 3 dimercaptopropanol (1) ; c'est le moins toxique des dithiols capables de traverser la peau. Il a la propriété d'empêcher l'apparition des phlyctènes provoquées par l'application de lewisite et cette action dure jusqu'à 2 heures après la contamination ; il peut également faire disparaître l'érythème et même le commencement d'œdème qui l'accompagne souvent. Il est également efficace contre l'intoxication arsenicale chez des animaux, même lorsque des symptômes tels que la diarrhée se sont déjà manifestés. L'excrétion d'arsenic par l'urine est augmentée par l'administration de B. A. L. D'après les données expérimentales ce phénomène s'explique de la façon suivante :

$$\begin{array}{l} H_2C - SH \\ \quad | \\ H - C - SH \\ \quad | \\ H_2COH \\ \quad (I) \end{array} \quad + \quad \begin{array}{c} Cl_2AsCH : CHCl \\ (II) \end{array}$$

$$\searrow \quad \begin{array}{l} H_2C - S \diagdown \\ \quad | \qquad\quad\ AsCH : CHCl \\ HC - S \diagup \\ \quad | \\ CH_2OH \\ \quad (III) \end{array} \quad + 2HCl$$

B. A. L. (I) forme avec la lewisite (II) un composé cyclique stable (III) cinq fois moins toxique que celle-ci. Il a été établi de façon satisfaisante que la toxicité d'un composé arsenical trivalent s'exerce surtout sur le système diastasique agissant sur l'acide pyruvique : le système de l'oxydase pyruvique ; ce système est très sensible *in vitro* à l'arsenic trivalent, et l'intoxication par la lewisite ou un arsénite provoque *in vivo* l'accumulation d'acide pyruvique dans le sang. On considère actuellement que de nombreuses diastases renferment le groupement — SH, comme par exemple le déshydrogénase triosephosphorique. Le système de l'oxydyase pyruvique est également une diastase du groupe thiol, mais on considère actuellement qu'elle se comporte comme un dithiol, ce qui explique sa grande sensibilité à l'arsenic. Bien que la toxicité élevée des dérivés arse-

nicaux soit due à la formation d'un composé cyclique, le composé lewisite-diastase est plus facilement dissociable que le composé lewisite-B. A. L. Par conséquent lorsque l'on ajoute du B. A. L. au mélange, la lewisite libérée se combine avec celui-ci, l'enzyme est régénéré et l'arsenic quitte les tissus pour être excrété dans l'urine sous forme du composé B. A. L.-lewisite ou de l'un de ses dérivés.

Ces faits ont été établis à la suite de travaux de recherche pour la guerre commencés au Laboratoire de Biochimie d'Oxford, et qui étaient eux-mêmes la continuation de recherches poursuivies dans le même laboratoire aussi bien que de recherches effectuées ailleurs ; le développement complet de ces recherches a été possible grâce à la collaboration de nombreux chercheurs en Angleterre, d'un groupe important de chercheurs aux États-Unis et de quelques chercheurs au Canada. Un bref exposé de ce travail a été publié par R. A. Peters, L. A. Stocken et R. H. S. Thompson (1945) (1), L. L. Waters et Chester Stock (1945) (2), et Leslie Young (1946) (3).

B. A. L. s'est avéré efficace dans la lutte contre les composés arsenicaux pouvant être utilisés comme moyens de combat, mais il peut également être utilisé contre les accidents toxiques de la médication arsenicale. On avait envisagé la possibilité de cette application thérapeutique dès le début du travail ; par suite de la guerre, le développement des applications thérapeutiques du B. A. L. fut plus rapide aux États-Unis (Longcope et ses collaborateurs) ; un résultat particulièrement important fut la mise au point d'une préparation de B. A. L. dans de l'huile d'arachide et du benzoate de benzyle, mise en ampoules et utilisable en injection (Eagle). Au cours d'essais préliminaires effectués en Angleterre, on a constaté une amélioration clinique manifeste dans 50 o/o au moins des cas de dermatites arsenicales traitées (4). Des recherches plus étendues sur ce sujet sont actuellement en cours sous l'égide du « British Medical Research Council ». On espère pouvoir bientôt mettre au point une méthode de traitement basée sur les observations faites en Grande-Bretagne et aux États-Unis.

Note. — Un autre développement des recherches sur le B. A. L. est actuellement en cours d'étude mais n'a pas encore atteint le stade de l'expérimentation chimique (Danielli et collaborateurs, 1946) (5).

RÉFÉRENCES

1. R. A. Peters, L. A. Stocken et R. H. S. Thompson. — *Nature*, **156**, 1945, 616.
2. L. L. Waters et C. Stock. — *Science*, **102**, 1945, 601.
3. L. Young. — *Science*, **103**, 1946, 439.
4. A. B. Carleton, R. A. Peters, L. A. Stocken, R. H. S. Thompson, D. I. Williams, I. D. E. Storey, G. A. Levy et A. C. Chance. — *Interim Report to Med. Res. Council, Great Britain and J. Clin. Investigation (sous presse)*, 1944.
5. J. F. Danielli, M. Danielli, P. D. Mitchell, L. N. Owen et G. Shaw. — *Nature*, **157**, 1946, 217.



FIG. 51. — Angiomes caverneux multiples (homme de 49 ans) (FLANDIN).

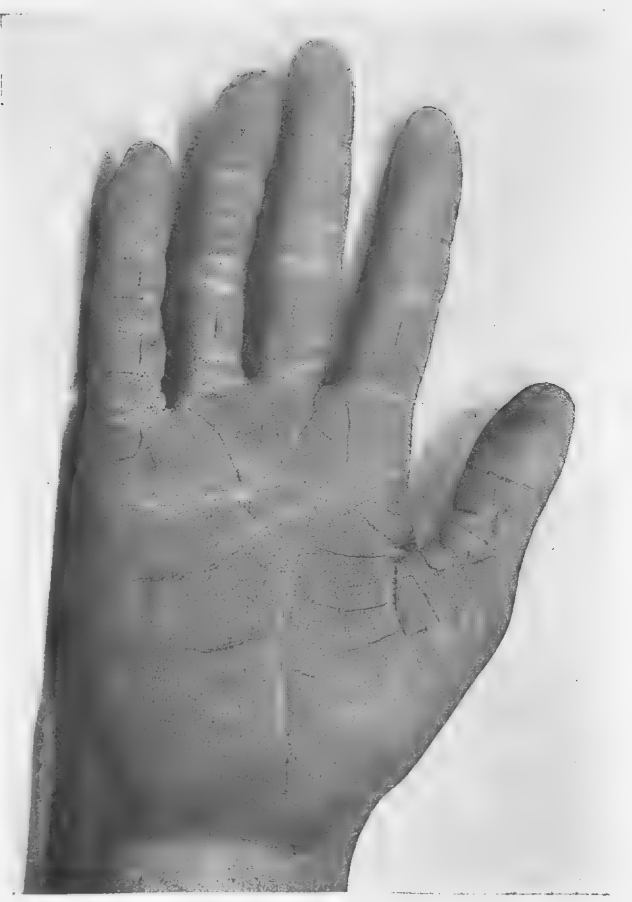


Fig. 52. — Kératose palmaire diffuse, type Thost-Unna (Touraine).



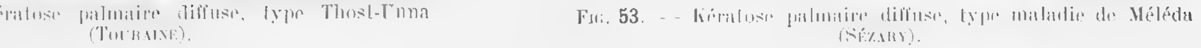


Fig. 53. — Kératose palmaire diffuse, type maladie de Méléda (Sézary).

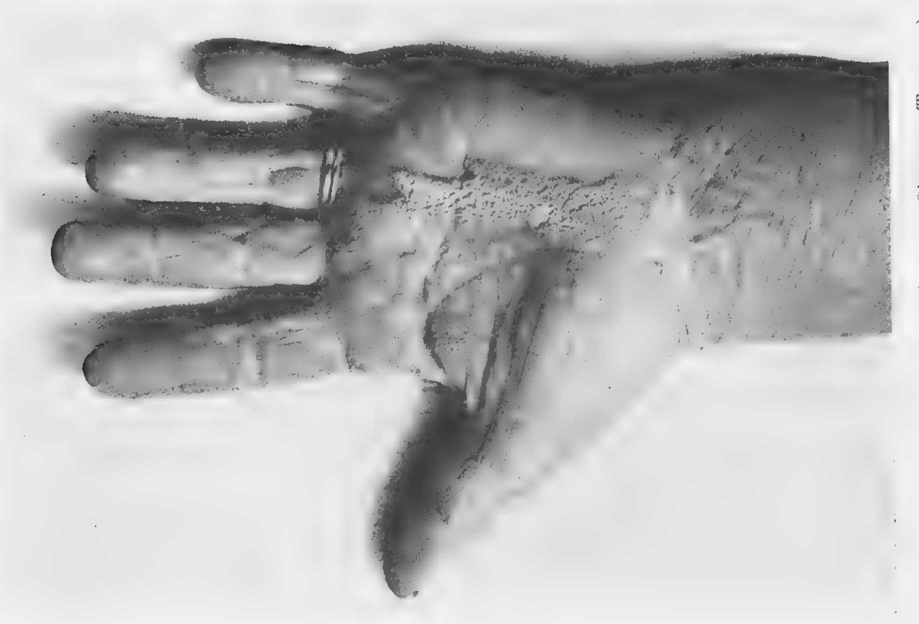


Fig. 55. — Kératodermie striée, type Siemens (Touraine).

Fig. 54. — Kératose palmaire disséminée, type Buschke-Fischer-Brauer (Sézary et Civatte).

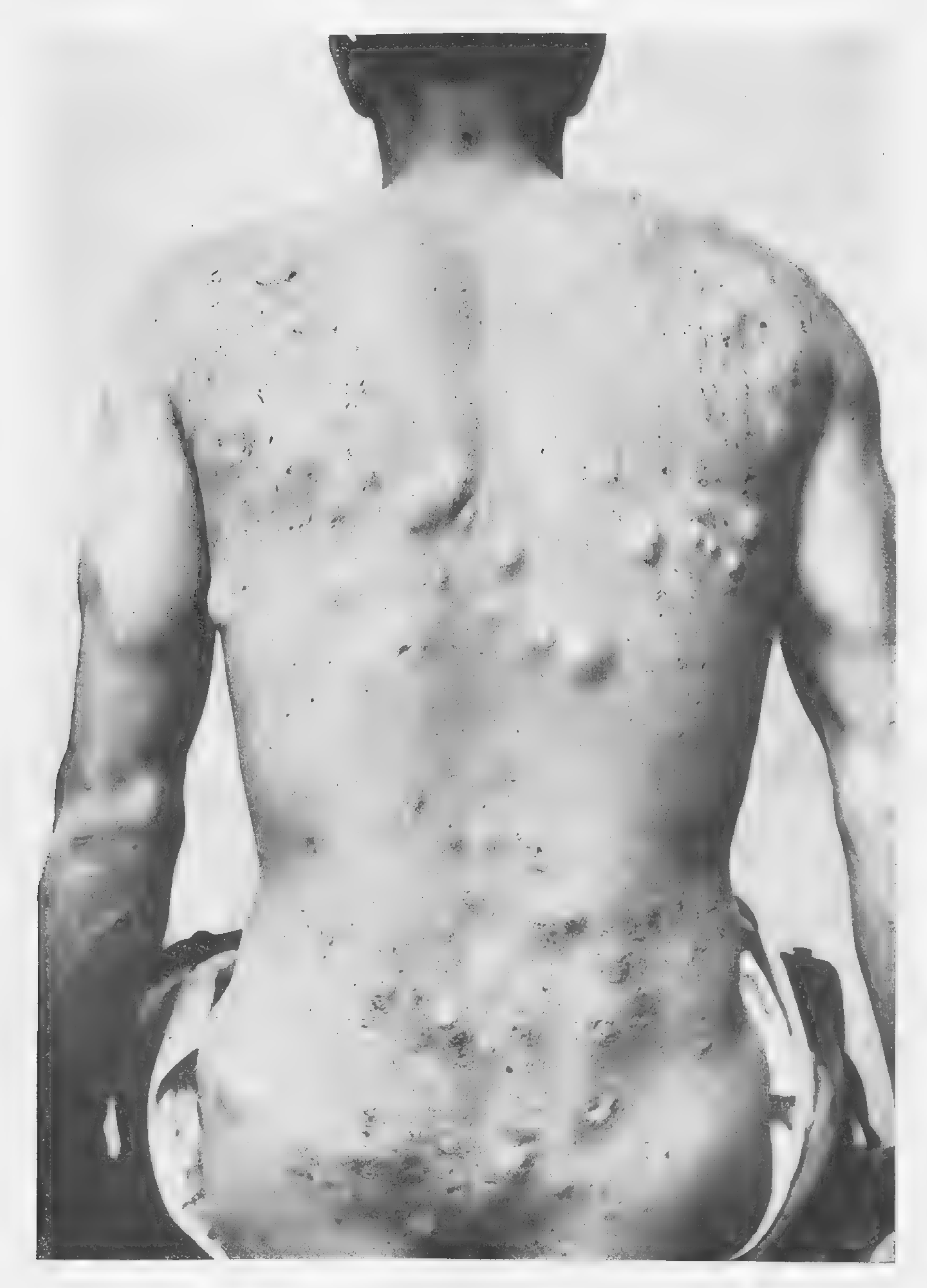


Fig. **56.** — Sébocystomatose (homme de 28 ans) (Touraine).

RECHERCHES SUR L'ÉTIOLOGIE DU PSORIASIS

(COMMUNICATION PROVISOIRE)

Par RUSIN ANDRZEJ (Varsovie)

Indroduction

La communication qui va suivre rend compte d'une partie de recherches commencées avant la guerre et poursuivies pendant celle-ci avec des interruptions dues aux conditions anormales de cette période. Je me bornerai à relater des faits contrôlés plusieurs fois. Je m'abstiendrai, par contre, de toutes hypothèses, prématurées ici, qui néanmoins resteront pour moi des hypothèses de travail et orienteront la continuation des recherches. Cette continuation se fera attendre étant donné la destruction et le manque de moyens de laboratoire. C'est cette raison qui me fait publier un travail incomplet.

La communication elle-même aura des lacunes dues au fait que tous les résultats sous forme de préparations microscopiques, dessins, photographies, notes et observations des cas, ont été brûlés et détruits pendant et après l'insurrection de Varsovie en 1944.

Essais de cultures en partant des squames fraîchement prélevées.

Le point de départ des recherches sur l'étiologie du psoriasis fut l'hypothèse parasitaire, plus précisément mycosique, de la maladie. Des raisons, il est inutile d'en donner ici ; quant aux arguments appuyant cette hypothèse, ils sont bien connus et bien insuffisants.

Je passerai sur les premiers résultats décevants de l'ensemencement du matériel psoriasique sur un très grand nombre de tubes de différents milieux de culture. Des différents cocci pyogènes ont été mis en évidence, ainsi que des sarcines, des levures, des géotrichums et, même parfois, mais très rarement, un actinomyces aérobie. Tous ces microorganismes donnaient l'impression d'être des souillures ou des saprophytes de la peau sans aucun rapport avec la maladie.

Culture sur le milieu de Löffler en partant des squames préalablement vieillies.

Lorsqu'on utilise, pour l'ensemencement, des squames de psoriasis conservées pendant au moins 6 mois (on peut conserver les squames de psoriasis suivant la méthode de Sabouraud pour la conservation des cheveux,

poils et squames de lésions dermatophytiques, à savoir : entre deux lames porte-objets stériles) et comme milieu de culture du sérum coagulé de Löffler, il est très fréquent d'observer le phénomène suivant : A l'endroit où se trouve la parcelle de squame ensemencée il se produit au bout de 3-4 jours, à une température de 37°, un petit godet cupuliforme dont le diamètre correspond à la dimension de la squame ensemencée. Les jours suivants ce godet se creuse en profondeur sans s'élargir notablement. On ne trouve à son endroit aucune colonie visible macroscopiquement et, sous le microscope, pas de microorganismes. Si on fait la préparation des squames se trouvant dans le fond du godet, on trouve dans les cellules épidermiques un grand nombre de grains se colorant fortement par le bleu de Löffler ou par le Gram. La dimension de ces grains est le plus souvent inférieure à celle de cocci pyogènes ; la forme en est ronde, ovale ou irrégulière. Puisqu'on ne trouve aucun autre élément qui pourrait être responsable de la fonte cupuliforme du sérum coagulé et, d'autre part, les squames ne possédant pas de propriétés protéolytiques, on est bien forcé d'admettre que ces granulations produisent la lyse du sérum coagulé en se développant à l'intérieur des cellules épidermiques. Si l'on prolonge l'observation de ces godets cupuliformes, deux faits peuvent se produire : Soit rien ne change pendant des semaines et le milieu se dessèche, soit, au bout de quelques semaines, il se développe brusquement, au niveau de squames se trouvant dans le fond du godet et sur les parois du godet, une mince membrane, translucide qui, microscopiquement, est composée de filaments mycéliens. Cette membrane sera étudiée en détail plus loin sur un milieu plus approprié. Ici, il suffit d'attirer l'attention sur la soudaineté de son apparition, toujours à l'endroit d'ensemencement, au bout de plusieurs semaines, le plus souvent, après la formation du godet, et sur sa rapide extension, en quelques jours, sur toute la surface du milieu. Le développement de cette membrane est accompagné de la lyse rapide du sérum coagulé.

Il faut encore faire la remarque que les godets apparaissent et donnent ensuite lieu à la constitution d'une forme filamenteuse du champignon uniquement aux points d'ensemencement libres de toute trace d'autres microorganismes. C'est la conservation prolongée dans des conditions de stérilité qui a produit la disparition d'une partie des germes associés. Partout, par contre, où se développent des colonies de microorganismes, il n'y a pas de formation de caractéristiques godets cupuliformes.

Méthode de stérilisation partielle du matériel à ensemencer.

Comme la conservation prolongée ne donnait pas de résultats constants et avait l'inconvénient d'une perte de temps, il a été imaginé une méthode simple de stérilisation partielle par la chaleur. Cette méthode s'est montrée fort satisfaisante et donne des chiffres de résultats positifs voisinant 100 o/o de cas si on emploie des squames d'éléments éruptifs jeunes (pso-

riasis en gouttes). En outre des squames de la peau, on a traité par la même méthode d'autre matériel provenant des malades psoriasiques, tel que les dépôts calcaires péridentaires, les fragments de dents cariées, les bouchons purulents de cryptes amygdaliens et même, dans deux cas, la sécrétion de l'urètre. Les résultats ont été aussi très souvent positifs, donnant lieu à la culture du même champignon que celui obtenu des squames.

Voici la façon de procéder : les squames, de préférence d'éléments éruptifs jeunes, ou autre matériel provenant des psoriasiques, sont disposées entre deux lames porte-objets stériles enveloppées dans du parchemin. Ces lames sont portées dans un thermostat à une température de 80°-85°. Dans le fond du thermostat, on laisse une ou deux boîtes de Pétri remplies d'eau. On laisse les lames à la température indiquée pendant une heure, puis à la sortie du thermostat le matériel psoriasique est prêt à ensemencer. On peut aussi conserver le matériel ainsi préparé à l'abri des souillures pendant un long délai.

Le milieu de culture S. F. P.

Le sérum coagulé de Löffler ne s'est pas montré suffisamment approprié. La formation des godets, c'est-à-dire la manifestation du stade granuleux du champignon s'arrêtant au bout de quelques jours. Le milieu qui est beaucoup mieux adapté aux exigences du champignon et qui fut employé constamment pour les ensemencements primaires, se prépare de la façon suivante :

1er composant comme pour le sérum de Löffler : le sérum de bœuf, obtenu du sang prélevé stérilement par la ponction de la veine jugulaire, est distribué par 100 centimètres cubes dans des flacons de 200 centimètres cubes. Le sérum est pasteurisé pendant trois jours consécutifs (4 h. de séjour à la température de 60°, suivi d'un transport à la glacière) puis bouché à la paraffine et conservé à la glacière.

2e composant (Dans la préparation de cette partie du milieu, les directives ont été empruntées au *Précis de Microscopie* de Langeron). On fait cuire pendant 1 heure 20 grammes de foin et 20 grammes de pommes de terre râpées dans un litre d'eau. Après avoir passé à travers une couche de coton, on distribue le liquide, en quantité de 20 grammes, dans des flacons de 100 grammes. On ajoute pour chaque flacon 6,5 gr. de glycérine, 2,6 gr. de glucose et 1,3 gr. de peptone et on stérilise à l'autoclave en montant lentement jusqu'à 120°, puis en laissant retomber la pression à 100°. Le deuxième composant est également gardé à la glacière.

Au moment de la préparation du milieu, on verse le composant II dans le flacon renfermant le composant I. Après avoir mélangé, on distribue dans des tubes et on met à coaguler comme pour le sérum de Löffler, c'est-à-dire 3 jours consécutifs pendant 3 heures en ayant soin de commencer par une température plus basse (le premier jour : 85°, le 2e, 90°, le 3e, 95°).

Description du champignon, présumé agent causal du psoriasis, sur le milieu S. F. P. (sérum, foin, pomme de terre).

En employant comme matériel d'ensemencement des squames traitées par la chaleur de la façon décrite plus haut, on observe, dès le deuxième ou troisième jour, à la surface du milieu, au point d'ensemencement, une

dépression nette cupuliforme répondant aux dimensions des squames ensemencées. Les parois et le fond de la dépression prennent un aspect semi-transparent répondant au commencement de la protéolyse. Les jours suivants, les dépressions s'agrandissent en profondeur sans changer notablement de dimension dans le plan du milieu. Ceci indique que la dissolution du sérum coagulé dépend, comme au début, du contact immédiat des squames. Le manque de colonies microbiennes et les examens microscopiques négatifs confirment ce point. Si les conditions d'humidité (1) et peut-être encore d'autres sont satisfaisantes, la dépression progresse jusqu'au contact avec la paroi du tube. Sur les cellules épithéliales on trouve de nombreuses granulations décrites plus haut. Au bout d'un temps très variable allant de quelques jours à quelques semaines, subitement, apparaît au niveau des squames ensemencées une pellicule grisâtre translucide, ayant l'aspect d'une fine lamelle de paraffine, qui couvre aussi les parois de la dépression. Très vite, dans l'espace de quelques jours, cette pellicule se propage à toute la surface de milieu. En même temps elle s'épaissit, devient ridée, acquiert une coloration lilas et même parfois franchement violette et se couvre de petites gouttelettes de liquide transparent ressemblant à de la rosée. Ces gouttelettes proviennent de la dissolution du sérum coagulé et sont emprisonnées sous une fine pellicule cryptogamique. Quand les gouttelettes deviennent plus volumineuses par la fonte progressive du milieu, la pellicule se rompt et le liquide retombe au fond du tube où il trouve le liquide de condensation recouvert déjà par une membrane de surface. Ceci explique une superposition de membranes immergées : Le liquide qui retombe progressivement dans le fond de tube recouvre la membrane de surface, ce qui arrête sa croissance. Une nouvelle membrane de surface se reforme. Ce mécanisme se répète jusqu'à la dissolution ou le desséchement du milieu. Au bout d'une semaine environ, la lyse du sérum est achevée à l'exception des parties les plus basses immergées du milieu, le développement du champignon se faisant uniquement à la surface (aérobiose).

Examinée au microscope, la membrane jeune (de 24 à 48 h.) est composée presque exclusivement de filaments de longueur moyenne (ne dépassant pas la moitié du diamètre du champ visuel) d'une épaisseur un peu au-dessus de 1 μ. A côté de ces filaments il se trouve aussi des éléments plus courts ayant l'aspect de longs bâtonnets. La plupart des filaments est colorée uniformément et intensivement, mais on trouve déjà au bout de 48 heures certains filaments renfermant des espaces colorés plus faiblement. Les jours suivants on rencontre des filaments contenant des espaces faiblement colorés et des grains de condensation de protoplasme fortement colorés. Ces grains n'occupent pas à cette période toute l'épaisseur du filament. En même temps on voit un nombre assez faible, dans ces colonies encore jeunes, d'éléments fusiformes ou en tonneaux presque incolores avec

(1) Pour obvier au desséchement trop rapide du milieu de culture, on a imaginé d'imprégner les bouchons de coton des tubes avec : paraffine solide 80 o/o, paraffine liquide 20 o/o (Mélange indiqué dans le *Précis de Microscopie* de LANGERON).

un grain à chaque, plus rarement à une seule extrémité. Ces éléments en tonneaux ont été formés par la désintégration de filaments dans lesquels nous avons observé la condensation du protoplasme sous forme de grains. D'une façon plus nette, le développement de ces arthrospores fut observé dans les cultures sur verres porte-objets suivant la technique simplifiée de Rivalier et Seydel.

Dans les colonies de plus d'une semaine les arthrospores constituent la majorité des éléments rencontrés.

Les colonies âgées de plusieurs semaines à quelques mois sont de couleur violet foncé ; les rides et les sillons disparaissent, la surface de la colonie membraneuse se transforme en muqueuse. En même temps, à la surface apparaissent quelques grains de volume d'un grain de millet de couleur jaune soufre. L'examen microscopique révèle quelques très rares filaments, bâtonnets ou arthrospores fusiformes. On trouve, par contre, un grand nombre de grains de différents volumes correspondant probablement à la condensation de protoplasme aux extrémités d'arthrospores. Quant aux grains macroscopiques jaune soufre, il faut les écraser pour faire une préparation. Ce sont des masses calcaires amorphes faisant penser aux dépôts calcaires péridentaires.

Ces vieilles cultures, au point de vue morphologie microscopique, ressemblent au stade initial granuleux des cultures dans les cellules épithéliales. Cette ressemblance est rappelée en passant, mais on doit trouver d'autres preuves à l'appui de leur identité.

Les caractères du champignon qui viennent d'être décrits ne sont pas suffisants pour sa classification certaine ; ils semblent pourtant appartenir au genre *Actinomyces* du groupe *majores* de Foulerton. Malgré cette incertitude, quant à sa position systématique, il me semble utile de le nommer dès à présent, ne fût-ce que pour la commodité de sa citation ultérieure. Ce sera donc *Actinomyces Kapuscinskii*, n. sp., sous la réserve de ce qui vient d'être dit.

Cultures en partant du matériel autre que les squames de la peau chez les psoriasiques.

La fréquence des dents cariées par pyorrhée alvéolaire, d'hypertrophie des amygdales chez les psoriasiques faisait supposer la possibilité d'un rapport entre ces lésions et le psoriasis.

Dans un cas de *pyorrhée alvéolaire*, le matériel, obtenu par le grattage du dépôt sur le col des dents, était ensemencé, après avoir subi le traitement habituel de stérilisation partielle par la chaleur.

La culture, dans ce cas, était sous tous les rapports identique à celle obtenue en partant des squames de la peau. Il se formait d'abord une dépression cupuliforme au contact du matériel ensemencé, traduisant le stade granuleux du parasite, suivie au bout de 6 jours d'apparition d'un stade filamenteux sous forme d'une membrane analogue à celle qui a été décrite plus haut.

L'ensemencement d'un bouchon purulent provenant de la *crypte amygdalienne* a donné lieu au développement du même champignon, mais sous forme membraneuse d'emblée.

Nous avons obtenu d'autres cas positifs de culture en partant du matériel provenant de la bouche, mais leur nombre et caractères ne peuvent pas être rappelés de mémoire.

Dans deux cas où le psoriasis coexistait avec un état parfait des dents il fut constaté un *écoulement muco-purulent urétral* renfermant, au point de vue des microorganismes, presque exclusivement des filaments mycéliens. Ces filaments mycéliens avaient la même morphologie que ceux obtenus en cultures des squames. Les cultures de l'écoulement urétral donnèrent lieu d'emblée au développement des colonies membraneuses lilas d'*A. Kapuscinskii.*

Des ensemencements du *sang* furent pratiqués chez un certain nombre de psoriasiques Il ne m'est pas possible de donner le nombre exact des cultures positives. Sur un nombre approximatif de 15 ensemencements de sang il y avait 3 ou 4 résultats positifs. Un fait mérite d'être souligné dans les cultures du sang des malades de psoriasis, à savoir, un délai très long, allant de quelques semaines à 1 1/2-2 mois, avant l'apparition de la culture membraneuse. On ne voit pas ici de stade granuleux du champignon, ce qui s'explique par la nature du matériel ensemencé, qui s'accumule dans le fond du tube. On doit néanmoins admettre son existence à cause d'une longue période d'incubation avant le commencement du développement de la colonie membraneuse. Une fois apparue, la colonie se propage rapidement sur toute la surface de milieu et a les mêmes caractères que la culture obtenue des squames.

Les faits mentionnés, répétés sur un nombre plus important de cas, pourraient faire admettre l'hypothèse, émise antérieurement par mon Maître, le Professeur Kapuscinski, d'un foyer primitif de psoriasis siégeant le plus souvent dans la bouche (pyorrhée alvéolaire, carie dentaire) ou dans la gorge (tonsillites chroniques). Les poussées éruptives sur la peau ne seraient que des embolies des germes passant de ces foyers primitifs dans le sang. L'autre fait intéressant, c'est que le champignon passe dans le sang sous sa forme granuleuse. Exceptionnellement le foyer primitif peut siéger dans l'urètre. Par contre certaines observations peuvent faire supposer le foyer primitif du psoriasis au niveau du cuir chevelu.

Psorine et son application au diagnostic et au traitement du psoriasis.

Des colonies d'*A. Kapuscinskii* sur le milieu S. F. P. (sérum, foin, pomme de terre), âgées de 2 mois environ, d'abord centrifugées, ensuite filtrées sur bougies Chamberland L4 ont fourni un liquide translucide brun

foncé qui a été appelé *Psorine.* Ce liquide appliqué suivant la technique de Pirquet non dilué et suivant la technique de Mantoux en dilution 1/10, 1/100, 1/1.000 a donné des résultats positifs dans le psoriasis sous forme de papules entourées d'un halo d'érythème. L'érythème au point d'application apparaissait au bout de quelques heures, mais la réaction complète était évaluée au bout de 24 heures.

Les injections intradermiques de psorine faites au niveau d'efflorescences psoriasiques ne donnent pas de réaction. Le pourcentage des cas positifs dans le psoriasis est proche de 100 o/o. Chez les malades indemnes de psoriasis on n'a pas observé de réactions positives, à l'exception des malades atteints de tuberculose de la peau, chez lesquels les réactions étaient parfois faiblement positives. Des réactions intradermiques très fortement positives ont été observées dans deux cas de sarcoïdes hypodermiques disséminés de Darier. Ces réactions positives étaient concordantes avec les cultures du matériel obtenu par la ponction des sarcoïdes. Ces recherches seront exposées ultérieurement.

La psorine a été également employée *dans un but thérapeutique.* La meilleure méthode paraît être l'application de la psorine non diluée sur l'épiderme dont la couche cornée est préalablement enlevée au papier émeri très fin. On frictionne, avec une goutte de psorine, une surface peu étendue à l'aide d'une spatule en métal. On répète les applications deux fois par semaine en augmentant successivement le nombre de gouttes de psorine et la surface de la peau traitée par le papier émeri. Généralement il suffit de 6 à 8 applications, c'est-à-dire 3 à 4 semaines de traitement. La dose finale s'élève ainsi à 12-16 gouttes. Les résultats ont été favorables dans des cas en évolution, et d'autant plus rapides que l'allure en était plus aiguë. Un blanchissement complet, à l'exclusion de tout autre traitement, fut obtenu dans 8 sur 10 des cas de cette catégorie. La durée du traitement était de 2 à 4 semaines. Dans un de ces cas, une rechute fut observée environ 2 semaines après la cessation du traitement ; les nouvelles lésions ont cédé devant quelques applications supplémentaires de la psorine. Ce malade n'a pas été suivi ultérieurement. De même, le reste des malades de ce groupe n'a pu être revu.

Des cas à l'allure plus stationnaire où prédominaient des éléments éruptifs de dimensions plus grandes, mais en nombre plutôt restreint, ou des cas localisés, par exemple aux coudes et aux genoux, ne réagissaient pas favorablement au traitement par la psorine. Des éléments éruptifs n'étaient pas influencés et, en plus, il s'en formait de nouveaux aux places d'application de la psorine (psoriasis provoqué, phénomène de Köbner). L'apparition du psoriasis provoqué à l'endroit d'application de la psorine me paraît contre-indiquer la continuation de ce traitement comme inefficace dans ces cas. Dans le groupe de cette catégorie des cas, un seul a réagi favorablement. Un léger prurit qui accompagnait ce cas fait penser qu'il pourrait probablement être classé dans le groupe du psoriasis évolutif.

Résumé

1° La méthode de stérilisation partielle du matériel à ensemencer et l'emploi d'un milieu de culture approprié ont permis à l'auteur d'obtenir, en partant de squames psoriasiques, des cultures pures d'un même microorganisme dans une proportion de plus de 95 o/o des cas.

2° Ce microorganisme possède, en culture, deux stades évolutifs : un premier, granuleux, où il se développe uniquement au sein du matériel ensemencé et dont le témoin est la dissolution cupuliforme du milieu ; à ce stade il n'est pas repiquable. Le deuxième stade est filamenteux et le champignon peut être, sous cette forme, repiqué facilement sur les milieux usuels.

3° Ce microorganisme est classé provisoirement comme un *Actinomyces* aérobie du groupe « *majores* » de Foulerton : *Actinomyces Kapuscinskii.*

4° Quelques résultats positifs de cultures du champignon dans le sang et dans des lésions bucco-pharyngées des malades psoriasiques peuvent faire admettre l'hypothèse d'un foyer primitif et de la dissémination du germe par voie sanguine. Le foyer primitif siégerait le plus souvent dans les lésions des dents, exceptionnellement sur la muqueuse urétrale. Il est probable, aussi, qu'un foyer primitif pourrait se développer sur la peau, en particulier au cuir chevelu.

5° Par la filtration de vieilles cultures d'*A. Kapuscinskii* sur bougies Chamberland L4 on a obtenu un produit désigné sous le nom de psorine. Ce produit s'est montré spécifique dans le psoriasis, donnant des cuti-réactions positives dans une proportion voisinant 100 o/o de cas. Employée dans un but thérapeutique, à l'exclusion de tout autre traitement, la psorine a donné des résultats favorables dans le psoriasis évolutif (cas aigus, psoriasis pustuleux, psoriasis en gouttes, psoriasis accompagné de prurit). Par contre, des cas de psoriasis stationnaire n'ont pas été influencés par cette thérapeutique.

(IIe Service de dermatologie de l'Hôpital Saint-Lazare de Varsovie. Médecin en Chef Dr méd. St. Kapuscinski, *Agrégé de l'Université de Varsovie.)*

LA DERMATOSE DE LA LAINE DE VERRE

Par J. PELLERAT (Lyon).

Le développement récent de l'industrie de la laine de verre a fait apparaître chez les ouvriers certaines manifestations dermatologiques qui, sans être graves, constituent une gêne particulièrement désagréable et qui posent un problème d'hygiène industrielle important à résoudre.

Cette nouvelle industrie a fait son apparition en Amérique et en Allemagne, il y a une dizaine d'années, et ce n'est qu'en 1938 que la première usine consacrée à ce travail fut construite en France (Pfister). Contrairement à ce qu'on pourrait croire, cette nouvelle substance n'est donc pas une matière de remplacement et il semble bien qu'elle soit appelée à entrer dans la fabrication d'un grand nombre de produits manufacturés.

Utilisée depuis longtemps en chimie comme filtre, la fibre de verre est également employée dans la construction d'appareils industriels sous forme de joints très divers dont l'étanchéité est parfaite. Elle entre depuis peu de temps dans la fabrication de tissus de protection contre l'incendie et contre certains produits chimiques corrosifs..., dans la fabrication de tissus d'ameublement et de décoration, application nouvelle susceptible de se développer depuis que certains procédés permettent la teinture et l'impression des tissus de verre. Enfin, certains traitements industriels permettent d'obtenir des tissus utilisables à des fins vestimentaires et à la confection de certains objets sanitaires (champs opératoires, blouses, couche-culottes, alèzes). Il est, par ailleurs, probable que d'autres applications industrielles des tissus de verre verront le jour dans un proche avenir.

Les propriétés de la fibre de verre justifient l'intérêt de cette nouvelle matière industrielle. L'état physique du verre est parfaitement stable, imputrescible, inaltérable à l'humidité, aux parasites, incombustible, inattaquable par les acides, les bases, les corps gras. C'est aussi un parfait isolant de la chaleur, de l'électricité, du son. On conçoit que cette fibre minérale puisse, dans de nombreuses applications, remplacer avantageusement les fibres végétales ou animales.

Les fibres de verre présentent, par ailleurs, une grande résistance à la traction. Par contre, en raison de leur absence d'élasticité, elles résistent mal aux frottements et aux chocs. Certains procédés industriels ont pallié toutefois, dans une certaine mesure, à cet inconvénient.

Du point de vue technique, l'obtention de la fibre s'effectue à partir de billes de verre d'une composition spéciale et qui donnent, suivant les différents procédés mis en œuvre, soit des fibres continues analogues à la rayonne, encore appelées soie de verre ou sillonne, soit des fibres discontinues d'aspect laineux appelées laine de verre ou verranne (Dhers). Les fibres peuvent être utilisées pour la fabrication de fils après l'opération dite de l'ensimage qui, secondairement, peuvent être tissés et utilisés aux fins que nous venons d'indiquer.

*
* *

Dès l'apparition de cette industrie, à l'étranger, on s'est préoccupé de savoir si l'inhalation de ces particules ne pouvait pas présenter un risque de silicose. Templer, Gardner, Drinker et Titus étudièrent la nocivité possible de la poussière de verre expérimentalement.

Après inhalation ou ingestion chez le cobaye, aucun incident ne fut noté. Hagen, examinant radiologiquement 263 ouvrières, ne nota aucune action nocive sur le poumon.

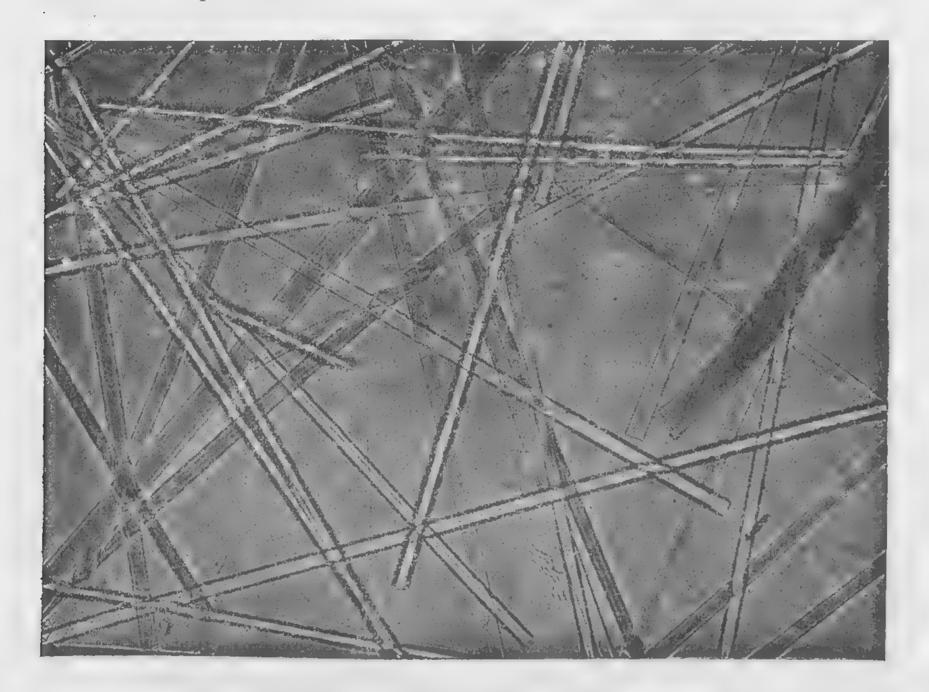


Fig. 1. — Fibres de verre (Gros. : 200 d.).

Des études faites en Allemagne (Hagen) et en France (L. Roche) ont d'ailleurs montré que la préparation de la fibre de verre, son filage ou son tissage, projetait dans l'atmosphère des fragments de fibre de longueurs diverses et de diamètre allant de 9 à 22 μ suivant les variétés, et peu de poussières. Ces filaments sont beaucoup trop volumineux pour atteindre l'alvéole pulmonaire et constituer un risque de silicose. Par contre, comme nous le verrons, ces éléments constituent des particules traumatisantes et particulièrement irritantes pour le tissu cutané (cf. figure).

Mis à part le travail de Campbell, il est curieux de constater que les manifestations dermatologiques n'aient pas retenu l'attention des médecins américains et allemands qui, les premiers, ont étudié la pathologie de la laine de verre. Sans doute ont-ils constaté d'emblée l'existence de prurit

chez les ouvriers occupés à ce travail, mais ce fait paraît avoir toujours été considéré par eux comme un inconvénient sans importance.

Si le prurit de la laine de verre est depuis fort longtemps connu des chimistes au cours des manipulations de filtrage, cet inconvénient n'a jamais retenu l'attention étant donné son caractère épisodique. Le problème est tout autre pour les ouvriers qui vivent dans une atmosphère chargée de cette matière et chez lesquels se développe une dermatose prurigineuse souvent très pénible.

MM. Duvoir, Dérobert et Lesire ont décrit les manifestations prurigineuses de la laine de verre et ont insisté sur le caractère mécanique des lésions, à vrai dire minimes, et qui disparaissent rapidement lorsque l'ouvrier est soustrait au contact du produit. M. Champeix a également souligné le caractère très désagréable du prurit. MM. Gougerot, Duperrat et Danel ont précisé certains caractères cliniques et histologiques des lésions.

M. Massias a attiré l'attention sur la possibilité de prurit par laine de verre en pratique courante et a observé une stomatite provoquée par cette matière. Plus récemment enfin MM. Touraine et François ont noté cette nouvelle dermatose chez des ouvrières fabriquant des pantoufles en tissu de verre.

Une enquête qui nous a été confiée par notre Maître, M. le Professeur J. Gaté, nous a conduit à étudier au début de l'année 1945 les caractères de cette dermatose professionnelle chez seize ouvrières travaillant dans une filature de laine de verre.

De l'ensemble des travaux antérieurs et de nos constatations personnelles se dégage un tableau commun qui individualise cette dermatose dans le cadre des maladies professionnelles.

Les conditions habituelles de travail expliquent le caractère permanent des manifestations dermatologiques. Le travail de filature et accessoirement de tissage disperse dans l'atmosphère une multitude de fibres ou de fragments de fibres de verre qui, en raison de leur poids relativement élevé par rapport aux poussières, se déposent sur l'entourage. Il en résulte que les vêtements, les parties découvertes du corps des ouvriers sont parsemés de ces innombrables éléments qui constituent l'agent responsable des troubles.

Le *prurit* constitue le symptôme dominant et constant qui se retrouve à des degrés divers chez tous les sujets. Parfois discret, il est le plus souvent intense et il semble bien que la prédisposition individuelle joue un rôle. Les individus à peau fine, les blonds accusent plus facilement des démangeaisons et certaines ouvrières signalent une recrudescence du prurit au moment des règles ou lorsqu'il fait très chaud. Le frottement de la peau, à l'occasion de soins de toilette par exemple, exagère nettement le prurit. L'application de pommades à titre préventif reste sans effet mais paraît douée d'une action sédative après les ablutions.

Une relation intime existe entre le travail de la laine de verre et le prurit. Les démangeaisons apparaissent dès que l'ouvrier se trouve au contact de la fibre de verre et persistent pendant toute la durée du travail, parfois même au delà, le prurit pouvant alors devenir contagieux pour

l'entourage familial si l'ouvrier ne change pas complètement de vêtements et ne débarrasse pas, au moyen d'ablutions, les téguments cutanés des fibrilles de verre qui le parsèment.

Le siège du prurit est variable. Par ordre de fréquence, ce sont les avant-bras, les bras, le pourtour du cou qui sont particulièrement atteints. On l'observe assez fréquemment aux jambes, à la face interne des cuisses, plus rarement sur le visage. Fait intéressant, le prurit siège parfois sur les parties couvertes du corps. Ceci s'explique par la facilité avec laquelle pénètrent les fibres de verre dans les tissus. Les vêtements de dessus sont non seulement imprégnés de cette matière, mais les sous-vêtements sont constellés de ces fibrilles traumatisantes. Il semble d'ailleurs que cette pénétration en profondeur s'effectue rapidement. Une de nos ouvrières nous faisait observer que quelques heures après avoir revêtu un sous-vêtement indemne, on retrouvait de très nombreuses fibrilles au contact de la peau. Il est à remarquer, par ailleurs, que tous les tissus n'offrent pas la même facilité de pénétration et que la laine constitue le meilleur obstacle.

La pénétration des fibrilles de verre dans les sous-vêtements rend compte de la persistance du prurit après cessation du travail et du caractère contagieux du prurit dans les conditions que nous énoncions précédemment. Plusieurs ouvrières nous ont signalé que leur mari accusait les mêmes démangeaisons provoquées par la présence de laine de verre dans leur literie.

Le prurit s'accompagne dans la règle de *lésions dermatologiques* plus ou moins importantes, variables suivant les sujets. Il s'agit le plus souvent de petits éléments érythémateux de la grosseur d'un grain de mil, plus rarement lenticulaires, qui parsèment en très grand nombre le territoire cutané correspondant au prurit. Ils s'observent avec plus de netteté sur la face antérieure des avant-bras ou des poignets. On ne les rencontre pratiquement jamais sur les mains ou le visage. Quelquefois ils s'accompagnent d'une infiltration discrète donnant naissance à des micro-papules.

Plus rarement, on note, coexistant ou non avec les éléments précédents, des érythèmes diffus au niveau des territoires prurigineux.

Ces lésions dermatologiques apparaissent très rapidement après le contact avec la fibre de verre. Elles disparaissent lorsque les sujets sont soustraits à l'action de ce corps mais elles survivent souvent au prurit et ne s'effacent complètement qu'après quelques jours. Chez une ouvrière on notait encore quelques lésions érythémateuses ponctuées, 15 jours après la cessation du travail, alors que le prurit avait cédé d'emblée.

Il est intéressant de noter au passage qu'il est exceptionnel d'observer des lésions d'infection cutanée surajoutée. Nous n'avons constaté que quelques éléments de micro-pustules sur les avant-bras d'une seule ouvrière.

Étude dermatoscopique. — Avec un grossissement de 42 diamètres on observe, au niveau des zones érythémateuses, un épiderme soulevé par les papilles tendues, turgescentes, d'aspect ambré. On observe parfois, au centre, une petite télangiectasie, visible par transparence. Cette télangiectasie apparaît dans un certain nombre de cas entourée d'une zone ecchymotique ou purpurique, et centrée, à la sur-

face de l'épiderme, par une croûtelle hémorragique punctiforme. L'épiderme présente de fines squames épidermiques et des érosions linéaires qui semblent également attribuables au grattage. Enfin, l'examen en lumière dirigée fait briller dans les régions où siège le prurit, de nombreux débris de verre filé, dont la longueur n'excède pas 4 à 8 fois leur diamètre, encastrés dans les sillons interpapillaires, ou dans les orifices pileux ou sudoripares mais ne semblant pas traverser l'épiderme.

Étude histologique. — Les biopsies pratiquées chez deux de nos ouvrières ont montré des lésions extrêmement discrètes du derme seul, constituées par une prolifération et un épaississement de la gaine externe des vaisseaux sous-épidermiques. Pas de dilatations vasculaires notables. Rares dépôts très peu abondants de pigment ocre. Pas de fragments de verre visibles sur les coupes minces.

L'étude histologique pratiquée par MM. Gougerot, Duperrat et Danel a montré un ostium folliculaire évasé rempli partiellement par un cône corné. Dans le derme, dilatation des capillaires qui sont remplis d'hématies. Infiltrat inflammatoire péricapillaire à mononucléaires avec rares polynucléaires. Pas d'éosinophiles. Pas de fragments de laine de verre dans les coupes.

Étude expérimentale. — Parallèlement à notre étude clinique nous avons essayé, avec J. Coudert, de reproduire expérimentalement les lésions cutanées chez le cobaye.

La dermatose provoquée par friction avec un tampon de laine de verre sur une zone préalablement épilée, montre surtout un état érythémateux avec de très rares hémorragies punctiformes. Les débris de verre filé semblent s'encastrer par une extrémité au niveau des orifices pileux principalement. Leur nombre est très élevé et donne parfois l'aspect d'un véritable pelage microscopique.

Les coupes pratiquées dans la peau du cobaye ont montré la présence de nombreux fragments courts de verre filé traversant les couches cornées seules et souvent enfoncées entièrement dans leur épaisseur.

Les autres couches de l'épiderme apparaissent normales. Seules, les coupes des peaux irritées par des frictions répétées, et cliniquement d'aspect squamo-croûteux montrent avec une exosérose légère, engluant les couches cornées, mais sans formation de vésicules vraies, un léger état d'œdème du corps muqueux.

Les parties profondes de l'épiderme et du derme explorées sur des coupes épaisses (20 μ) étudiées en séries ne recèlent pas de fragments de verre inclus *in vivo* dans les tissus. Tout au plus en avons-nous noté dans la lumière d'orifices pilo-sébacés, déshabités de leur poil par l'épilation.

Il semble donc que les lésions soient très superficielles, localisées strictement aux couches cornées, chez l'animal, ou chez l'homme, ne provoquant qu'exceptionnellement une piqûre plus profonde, aseptique, sans réactions tissulaires histologiques.

Nous avons par ailleurs cherché la répercussion que pouvait avoir cette irritation cutanée sur l'histaminémie. Chez deux sujets nous avons trouvé des chiffres de 120 et 150 γ dans le sang total et de 26 et 28 γ dans le plasma, ces derniers nous paraissant constituer le témoin d'une libération cutanée d'histamine à l'origine du prurit et des lésions érythémateuses. Toutefois, les antihistaminiques de synthèse que nous avons essayés se sont montrés incapables de faire céder les manifestations prurigineuses de façon durable et pratiquement ils ne peuvent être retenus.

Parallèlement aux lésions cutanées provoquées par la fibre de verre, on note fréquemment chez les ouvrières une irritation conjonctivale sans conjonctivite. Champeix signale la possibilité de blépharite. Nous n'en avons

pas observé chez nos sujets. Il est également assez fréquent de noter une irritation rhino-pharyngée entraînant une toux discrète et parfois de petites épistaxis.

Par ailleurs, il ne semble pas que l'inhalation de fibrilles de verre soit susceptible d'avoir un retentissement pulmonaire. Ces particules sont, en effet, trop volumineuses pour pénétrer jusqu'à l'alvéole et il est vraisemblable qu'elles sont arrêtées dans les voies respiratoires supérieures.

En résumé, les manifestations pathologiques provoquées par la laine de verre sont exclusivement dues à des effets traumatiques, micro-traumatismes de la peau qui occasionnent le prurit et les lésions dermatologiques, micro-traumatismes de la conjonctive ou du rhino-pharynx qui entraînent de l'irritation.

Il est intéressant de noter que ces irritations n'entraînent qu'exceptionnellement des manifestations infectieuses. L'infection cutanée paraît une rareté, il en est de même des conjonctivites ou des blépharites.

Moyens de protection. — Si la nocivité, au sens pathologique du terme, n'est pas à craindre chez les ouvriers travaillant la fibre de verre, la manipulation de ce corps présente des inconvénients particulièrement désagréables et il paraît utile d'envisager des moyens de protection susceptibles, sinon de les faire disparaître, au moins de les atténuer.

1° On a préconisé comme moyens de protection individuelle les mesures suivantes : port de moufles en toile très serrée et imperméable remontant jusqu'au-dessus du coude où elles seraient serrées à ce niveau. Badigeonnages avec un corps gras. Port de vêtements de travail en toile à fibre serrée évitant autant que possible le passage de la fibre de verre.

Les mesures précédentes ne nous paraissent pas satisfaisantes :

a) Le port de moufles gêne le travail de l'ouvrier.

b) Le port du vêtement en toile serrée n'est pas souhaitable. L'expérience montre, en effet, que les combinaisons en toile serrée et fermées aux poignets et chevilles n'empêchent pas la pénétration de la fibre de verre. Celle-ci finit par s'accumuler au niveau des coutures et entraîne des prurits localisés très pénibles.

c) L'emploi de pommade est très illusoire. La dureté de la fibre de verre traverse le corps gras et finit toujours par irriter la peau.

2° Nous pensons qu'un certain nombre de mesures pourraient être envisagées, encore qu'elles ne permettent pas sans doute de supprimer complètement les inconvénients que nous avons passés en revue.

Avec M. Champeix nous pensons que les mesures techniques suivantes sont à retenir : captation des fibrilles au niveau des métiers à tisser, ventilation des ateliers.

Les mesures d'hygiène médicale suivantes pourraient être retenues :

1. Double vestiaire dans chaque atelier pour que chaque ouvrier puisse changer entièrement de linge et de vêtement avant et après le travail.

2. Douches à mettre à la disposition des ouvriers pour que ceux-ci puissent les utiliser chaque jour après le travail. Les douches ne seront pas

accompagnées d'emblée de savonnage qui, par le frottement qu'il nécessite, favoriserait l'irritation cutanée.

3. Port de vêtements de travail amples, serrant le moins possible pour éviter le contact de la fibre de verre avec la peau et réduire les frottements au minimum.

Port de sous-vêtements de travail en laine qui, comme nous l'avons vu, s'opposent à la pénétration de la fibre de verre.

4. Emploi de pommade calmante après la douche qui suit le travail pour calmer l'irritation résiduelle.

5. Interdiction de toute alimentation dans l'atelier pendant le travail.

BIBLIOGRAPHIE

Campbell (H. A.). — Dermatitis in glass woll industry. *J. A. M. A.*, 24 novembre 1934, p. 1664.

Champeix (J.). — La fibre de verre. *Arch. Mal. Prof.*, 1944-1945. **6**, n° 3. p. 91.—

Dhers (V.), Pellerat (J.), Coudert (J.), Roche (L.). — La pathologie professionnelle de la filature des fibres de verre. *Arch. Mal Prof.*, 1946, **7**, n° 1, p. 19.

Duvoir (M.), Derobert (L.) et Lesire. — La dermatose prurigineuse de la laine de verre. *Ann. Derm. Syph.*, 1943, **3**, nos 11-12, p. 297.

Gaté (J.), Pellerat (J.) et Coudert (J.). — La dermatose prurigineuse de la laine de verre. *Ann. Derm. Syph.*, 1945, nos 7-8, R. L., p. 226.

Girault. — Pathologie et hygiène dans l'industrie de la fibre de verre. *Thèse Doct. Méd.*, Paris, 1944.

Gougerot (H.), Duperrat (B.) et Danel (J. L.). — Dermatoses professionnelles par la laine de verre. *Ann. Derm. Syph.*, 1945, nos 3-4, p. 69.

Hagen. — *Reichsarbeitsblatt*, 1942, n° 29, p. 308.

Massias (G.). — A propos de la gale de la laine de verre. *Ann. Derm. Syph.*, 1946, n° 3, p. 167.

Pfister (R.). — Des risques de maladies professionnelles au cours du travail de la fibre de verre. *Thèse Doct. Méd.*, Lyon, 1945.

Templer (W. C.). — Rapport (9 mars 1937) à la Corning glass work.

Touraine (A.) et François. — Dermatoses des fibres de verre. *Soc. Fr. Dermatologie*, séance du 13 juin 1946.

(*Travail de la Clinique dermatologique universitaire de Lyon :* Professeur J. Gaté).

NON HYDROA VACCINIFORME
MAIS « HIDROA VACCINIFORMIA »

Par I. H. RILLE

Ancien professeur de dermatologie à Leipzig
Professeur honoraire de l'Université d'Innsbruck

Ce n'est pas dans la littérature dermatologique anglaise et française mais bien dans celle d'Allemagne qu'il existe la coutume fâcheuse de nommer la maladie de la peau décrite par Ernest Bazin, en 1860, tantôt Hydroa vacciniforme, tantôt *Hydroa vacciniformis.*

Je mets sur le tapis cette affaire qui m'est familière depuis longtemps car, en 1936, Erich Hoffmann (*Klinische Wochenschrift*, **2**, p. 1554) affirmait que cette dénomination *Hydroa vacciniformis*, employée par lui particulièrement dans son *Précis de thérapeutique* (la dernière fois en 1941), serait la seule juste, parce que le mot « Hydroa » devrait être féminin d'après l'avis des connaisseurs compétents. Toutefois, il y a ici une erreur complète même de la part des philologues de profession.

Le mot Hydroa ne peut pas avoir de genre parce qu'il n'existe pas du tout dans les langues classiques, mais seulement dans le jargon médical moderne. Quelque dictionnaire qu'on consulte on ne trouve pas ce mot. Mais il existe bien le mot τὰ ἴδρωα (aussi écrit ἰδρῶα) ; mais ce mot-là est un pluriel, comme le mot latin postérieur *morbilli* et, en outre, ce mot-là n'est pas du genre féminin mais neutre comme on peut le voir de l'article τά.

Par conséquent, le nom corrigé de la maladie ne peut être que *Hidroa vacciniformia.* Bazin a expliqué le mot Hydroa par ὕδωρ « eau » ; voilà naturellement un non-sens. Le mot Hidroa est en liaison avec ὁ (ou ἡ) ἱδρώς, — ῶτος « sueur » et ἱδρόω « transpirer ».

Dans la littérature médicale antique ce mot-là est exclusivement en usage dans le sens de sudamina, miliaire cristalline et se trouve mentionné dans les trois passages ci-dessous.

Premièrement, dans le vingt-et-unième chapitre du troisième livre des Aphorismes d'Hippocrate, cette œuvre mémorable commençant par le passage lapidaire : ὁ βίος βραχύς, ἡ δὲ τέχνη μακρή.

Là, le père de la Médecine parle des types de maladies qui existent en été : τοῦ δὲ θέρεος ἔνιά τε τουτέων καὶ πυρετοὶ ξυνεχέες καὶ καῦσοι καὶ τριταῖοι πυρετοὶ καὶ τεταρταῖοι καὶ ἔμετοι καὶ διῤῥοιαι καὶ ὀφθαλμίαι καὶ ὤτων πόνοι καὶ στομάτων ἑλκώσιες καὶ σηπεδόνες αἰδοίων καὶ ἵδρωα (en été, en dehors de quelques-unes

citées ci-dessus, aussi des fièvres inflammatoires continuelles, des vomissements, des diarrhées, des maladies des yeux, des douleurs d'oreilles, des ulcères de la bouche, des gangrènes des organes génitaux et de la miliaire cristalline.

Un deuxième passage se trouve dans l'œuvre de Galène où il donne un commentaire plus exact à la phrase citée d'Hippocrate et un troisième passage chez le lexicographe Pollux (Polydeukes), maître de l'empereur Commodus (180 après J.-C.) : il dit très brièvement : *ἱδρῷα ἐξανθήματα θερινά.*

D'où vient donc l'orthographe erronée employée par Bazin ? Elle doit avoir sans doute l'origine dans ses grands prédécesseurs A. C. Lorry (1777), Joseph Jacob Plenck, le fondateur de la doctrine des lésions élémentaires et I. L. baron Alibert (1835), les trois pères vénérables de la dermatologie moderne, lesquels écrirent tous faussement Hydroa.

Mais ce ne sont pas tous les auteurs anciens qui font la même faute.

C'est déjà le bien connu Boissier de Sauvages (1768), professeur à Montpellier, duquel vient le nom de *Alopecia areata* et qui a commencé, le premier, à classifier toutes les maladies d'après le système de Linné, puis Johann Peter Frank, ainsi que son fils fort savant Joseph Frank, en outre le génial Pierre Rayer (1826), enfin un excellent latiniste comme Conrad Heinrich Fuchs de Goettingue (1840) qui, comme son grand maître Johann Lucas Schönlein, a considéré les maladies de la peau au point de vue botanique ; tous ont écrit seulement et justement Hidroa avec i et non avec y.

Dans le terme Hydroa vacciniforme de Bazin on ne peut pas prendre l'adjectif vacciniforme pour féminin, ce que déclare E. Hoffmann lui aussi, parce que en français les noms de la plupart des maladies de la peau sont du genre masculin, à la différence des noms grecs et latins correspondants. Les Français disent, comme on le sait, le psoriasis, le pityriasis, le purpura, le zona. Aussi le mot Hydroa est masculin, car nous lisons chez Bazin expressément « l'hydroa bulleux » et non bulleuse.

Je ne veux pas dire comment il arrive que ces substantifs, féminins à l'origine, deviennent inopinément masculins.

Le Françait ne peut pas s'imaginer, comme il en donne l'impression, que des choses d'un aspect aussi horrible peuvent être féminines et il leur donne le genre masculin.

Je demande donc aux confrères de faire usage, selon la grammaire, de ce nom de maladie dans la forme proposée par moi et juste *Hidroa vacciniformia*. Nommé, en 1935, président du Comité international de la nomenclature, je prendrai, de nouveau, fait et cause pour cette forme au prochain congrès dermatologique qui aura lieu aussitôt que possible, comme j'espère bien en pleine confiance.

VINGT-SIXIÈME RÉUNION ANNUELLE DE L'ASSOCIATION BRITANNIQUE DE DERMATOLOGIE ET SYPHILIGRAPHIE

Par A. DESAUX (Paris)

Heureux d'accepter l'aimable invitation qui nous avait été faite, nous avons assisté, en compagnie de Civatte, délégué de la Société française de Dermatologie, à la « Vingt-sixième réunion annuelle de la *British Association of Dermatology and Syphilology* ». Nous avons eu le plaisir de rencontrer, à Londres, nos collègues belges, P^rs Dujardin et Lapière, Drs Van Bogaert, Desneux, Dupont, Van der Meiren, Piérard, et le Dr Lomholt, venu de Copenhague.

La réception fut des plus cordiales.

Le Congrès, présidé par le Dr Roxburgh, comprenait trois séances de travail qui occupèrent la journée du 5 et la matinée du 6 juillet.

Les jours qui précédèrent ces réunions ou qui les suivirent, nous visitâmes successivement les services des Drs Roxburgh (St Bartholomew's Hospital), Barber (Guy's Hospital), Dowling (St Thomas's Hospital), Wigley (Charing Cross Hospital), Goldsmith (University College Hospital), Sydney Thomson (Kings College Hospital).

Tous ces hôpitaux portent les blessures des bombardements, mais leur activité reste intense.

A nos amis anglais, nous adressons ici nos remerciements qui vont également aux Membres de la Direction des relations culturelles du Ministère des Affaires Étrangères et de l'Ambassade de Londres, qui ont su nous guider et favoriser notre voyage.

*

* *

Séance du vendredi 5 juillet, matin.

Lecture et discussion de communications sur des sujets divers.

1° **Une dermatose de la ménopause**, par H. W. Barber. — L'auteur, dans une publication récente, a proposé une classification des dermatoses qui surviennent au cours de la ménopause ou même en période sexuelle, à

l'occasion d'un hypofonctionnement ovarien (1). Une de ces affections cutanées, l'*hyperkératose diffuse et folliculaire*, est le sujet de ce rapport.

Elle apparaît vers la quarantaine ou la cinquantaine, mais peut être observée avant ou après cette période ; — elle est *localisée* à la face et sur la partie supérieure du cou, au-dessous du maxillaire inférieur ; — à son *stade initial*, qui peut passer inaperçu, existent une légère hyperkératose, avec élargissement des orifices pilo-sébacés, et souvent une rougeur (par capillaro-dilatation) ; — *plus tardivement*, l'hyperkératose diffuse est plus apparente, la peau est rugueuse au toucher, des bouchons cornés obstruent les orifices folliculaires et aux dilatations des capillaires succèdent des télangiectasies.

Cette dermatose semble étroitement liée à la « poïkilodermie réticulée pigmentaire de Civatte » : aux altérations précédentes peut s'associer une pigmentation réticulée (comme dans le troisième cas recueilli par Civatte) ; — par ailleurs, pigmentation réticulée et télangiectasies, chez certaines malades, existent seules, sans kyperkératose ni bouchons folliculaires visibles ; la plupart des cas décrits par Civatte rentrent peut-être dans ce groupe.

Sans s'attarder au *diagnostic* différentiel de la maladie de Civatte, vraiment très particulière, Barber constate que sa dermatose peut être confondue :

— avec la rosacée : mais la capillaro-dilatation, puis les télangiectasies n'ont point pour siège principal (comme dans la rosacée) les parties centrales de la face qui, en fait, peuvent être épargnées ; ces troubles vasculaires, et l'hyperkératose qui les accompagne, atteignent de préférence les régions postérieures des joues, le front et la zone cutanée située au-dessus et au-dessous des maxillaires inférieurs ; dans certains cas, cependant, la totalité du visage est rouge, télangiectasique et hyperkératosique ;

— avec la forme superficielle du lupus érythémateux : alors que la plaque de lupus érythémateux est une réaction cutanée inflammatoire, la « dermatose de Barber », survenant à la ménopause, est primitivement dégénérative et n'est pas précédée d'inflammation.

(1) Dans *The Practitioner*, mai 1946, p. 333, H. W. Barber étudie les *effets de la sénescence des gonades, ovaires et testicules, sur l'ensemble du système endocrinien ; il classe les manifestations cutanées de la ménopause* en hypertrophies (papillomatoses, verrues séniles, hyperkératoses diffuses et folliculaires), atrophies (de la face, poïkilodermie de Civatte, *kraurosis vulvæ*), éruptions sur séborrhée (*pityriasis capitis*, dermite séborrhéique, acné, rosacée), troubles de la croissance pilaire (hypertrichose, alocépie du type masculin), des glandes sudoripares (hyperidrose, maladie de Fox-Fordyce), du système nerveux végétatif (bouffées de chaleur, rosacée, prurit, prurigo et névrodermite, pelade, vitiligo, sclérodermie circonscrite), éruptions diverses (urticaire, œdème angio-neurotique, eczéma, psoriasis), infections par virus (herpès, ulcères récidivants buccaux et vulvaires, type Lipschütz) : — il *définit « les territoires ménopausiques »*, c'est-à dire les lieux d'élection des troubles cutanés précités (région pubienne, aines, vulve, pli interfessier, aréoles mamelonnaires, plis sous-mammaires, aisselles, plis du coude, cou, paupières, territoire facial de la rosacée, paumes et plantes), dont la connaissance est particulièrement importante dans les cas d'eczéma et de psoriasis ; — *il discute les caractères de chacune des différentes dermatoses et en établit le traitement* (nous reviendrons d'ailleurs sur ce travail de haut intérêt pratique).

Traitement. — Il convient d'être très circonspect dans l'appréciation de l'effet thérapeutique d'une médication quelconque, puisque ces altérations dégénératives sont susceptibles de disparaître spontanément. — Barber a amélioré plusieurs malades, en leur administrant des œstrogènes (*per os* ou implantation sous-cutanée) ; dans quelques cas, il a, en outre, prescrit des onctions de la face et du cou avec une crème contenant du Dienœstrol à 5 o/o.

2° **Quatorze cas de névrodermite du cuir chevelu avec mention spéciale concernant la fausse teigne amiantacée,** par Herbert Brown. — Cette dermatose, très fréquente pendant la guerre, semble essentiellement féminine.

A l'ordinaire, des placards typiques de névrodermite (situés dans les plis des coudes et des aines, dans les régions vulvaire et anale, sur les paumes, les oreilles et la partie postérieure de la tête) coexistaient avec des lésions du cuir chevelu, du type « fausse teigne amiantacée ».

De cette dernière affection cutanée, l'étiologie n'a pas, jusqu'ici, été précisée ; cependant, Alibert, dans l'une de ses premières publications, signale, chez deux malades, l'existence d'un terrain nerveux.

Le plus important travail est celui de Photinos, intitulé « Recherches sur la fausse teigne amiantacée » ; l'étude fut faite, dans le laboratoire de Sabouraud en 1929 et porta sur douze malades, huit du sexe féminin, quatre du sexe masculin ; il s'agissait (à l'exception de trois fillettes de 9, 13 et 14 ans), d'adultes, âgés de plus de 25 ans, tous en parfaite santé, dont le cuir chevelu portait des plaques disséminées de teigne amiantacée, sans atteinte des plis rétro-auriculaires ; l'ensemencement révéla l'existence d'une levure ; avec ce champignon furent inoculés des cobayes qui, à leur tour, présentèrent une dermatose, analogue à la teigne amiantacée, et dont les squames abritaient la même levure.

Becker et Muir ont pu également isoler une levure dont le pouvoir pathogène leur paraît douteux. Ces recherches n'ont pas été confirmées.

3° **Syndrome congénital particulier, constitué par des malformations variées de divers organes, tous dérivés du feuillet embryonnaire ectodermique,** par S. Lapière (Liége) et L. Van Bogaert (Anvers). — Description de trois cas semblables, caractérisés par des taches pigmentaires (de couleur café au lait à brun foncé), de forme un peu étoilée, d'aspect marbré, dépourvues de poils et de glandes sébacées, — par des placards alopéciques, atrophiques et pigmentés, du cuir chevelu, — par des lésions unguéales, des atrophies zoniformes du derme, avec hernies molluscoïdes dans l'épiderme, lésions oculaires, cérébrales, etc...

Ces trois cas sont très comparables, du point de vue clinique, aux malades de Bloch-Sulzberger (*Incontinentia pigmenti*); cependant deux d'entre eux ne montrent pas, à l'examen histologique, la descente du pigment dans le derme, mais un déplacement latéral dans la basale épidermique ; d'où la formation de petites plages hyperchromiques ou achromiques, qui expli-

quent les marbrures signalées plus haut. Il semble bien que, du point de vue clinique, tous ces cas soient tout à fait proches et constituent un véritable groupe morbide. Celui-ci ne mérite pas le nom d' « Incontinentia pigmenti » que leur ont donné Bloch et Sulzberger. On peut se demander si tous les symptômes ne proviennent pas en dernière analyse d'une atteinte primitive du système nerveux central.

4° **A propos de l'épithélioma nodulaire,** par J. Piérard (Bruxelles) et Ad. Dupont (Namur). — Les auteurs apportent des documents cliniques et histologiques basés sur l'étude de 29 cas de cette forme spéciale d'épithélioma.

Ces néoplasmes se distinguent par leur forme globuleuse, leur teinte cireuse (modifiée par la présence de télangiectasies superficielles), leur surface lisse, leur apparence plus ou moins translucide, leur consistance ferme, avec parfois des zones ramollies, leur évolution quasi indéfinie sans ulcération, leur faible malignité. Ils se développent principalement au visage, exceptionnellement ailleurs.

Au microscope, ils apparaissent constitués par des masses nettement délimitées, n'envoyant point d'expansions dans les tissus voisins et n'attaquant jamais l'épithélium. Certains lobes tumoraux sont creusés d'une cavité kystique, qui est le résultat d'une vacuolisation du tissu tumoral ou d'une dégénérescence graisseuse des cellules épithéliomateuses.

L'étude de coupes sériées a permis de constater que le tissu tumoral naissait des éléments de la gaine des follicules pileux.

5° **Trois cas de Hodgkin cutané, dont la nature a été établie par l'histologie** (présentation de moulages), par L. Van Der Meiren. — 1re Observation : femme de 47 ans, présentant, depuis trois ans, des lésions nodulaires de la face, sans autre localisation viscérale ni ganglionnaire.

2e Observation : homme de 57 ans dont le bras gauche portait une tumeur ; petits nodules sur une plaque de lichénification du coude. Comme dans le premier cas, l'examen n'a révélé aucune localisation ganglionnaire ni viscérale : ce malade est décédé, 7 ans après l'apparition de la tumeur, d'une affection intercurrente.

3e Observation : tumeurs cutanées développées sur érythrodermie. Ces tumeurs ont évolué, pendant 8 ans, avant l'apparition des localisations ganglionnaires.

6° **Dermatite lichénoïde tropicale,** par Allan Bigham. — Étant donné le grand succès du traitement antipaludéen d'Hamilton Fairley, toutes les troupes combattantes de la région de Birmanie et du Moyen-Orient ont été soumises au traitement préventif par mepacrine.

Les réactions cutanées, provoquées par cette médication, simulent soit la *dermatite séborrhéique* dont elles n'ont pas les localisations classiques, soit un *lichen plan atypique* (mais elles sont plus grandes, plus verruqueuses et entourées par une mince aréole rouge).

Les éléments de cette « dermatite lichénoïde tropicale » peuvent ne siéger que sur les membres et, dans ce cas, ils sont facilement confondus avec les syphilides papuleuses secondaires (les lésions de la langue et du prépuce ajoutant encore à la difficulté du diagnostic).

La réaction peut aboutir à l'exfoliation cutanée généralisée, avec chute des phanères, poils et ongles.

Toutes ces manifestations tégumentaires surviennent, tantôt après quelques semaines, tantôt après deux ans de traitement par mepacrine. Dix jours après l'arrêt de la médication, régressent le prurit et les papules qui s'effacent à la manière de celles du lichen plan.

*
* *

Séance du vendredi 5 juillet, après-midi.

1° **Rapport sur le traitement du lupus par le calciférol**, par D. E. Macrae. — Il concerne le traitement, entrepris depuis cinq mois à Morland Hall, de lupiques, très anciennement atteints et rebelles aux autres thérapeutiques.

Technique. — Un premier groupe de malades est soumis aux injections intramusculaires d'une solution huileuse ; — à un second, est administré le calciférol sous forme de capsules renfermant la solution huileuse ; — un troisième est traité par une émulsion dont la base a été fixée antérieurement par Dowling. — Le calciférol utilisé est Glaxo's High Potency Ostelin.

Le traitement est maintenu quatre mois : 150.000 U. *pro die* et *per os*, — 600.000 U., deux fois par semaine, en injections. — Suppression de toute autre méthode thérapeutique ; — régime normal substantiel, sans lait ni calcium supplémentaires.

Des examens variés (biopsies, numérations globulaires, radiographies, intradermo-réactions, etc...) ont été réalisés avant, pendant et en fin de traitement.

Résultats. — Pendant les trois premières semaines de traitement, nette aggravation du lupus, dont la congestion et l'œdème s'accentuent.

En général, après la troisième semaine (et plus tardivement, vers la cinquième ou sixième semaine, dans les cas graves), l'amélioration s'ébauche ; les lésions cutanées se cicatrisent, mais certains nodules persistent. — En aucun cas, on n'observe des signes de calcification des placards lupiques. — Les nodules isolés, emprisonnés dans une gangue scléreuse, résistent à la médication à laquelle obéit le lupus des muqueuses. — Les malades, dont plusieurs régions du corps sont atteintes, guérissent d'autant plus lentement que les placards lupiques sont plus étendus.

Évolution des tests tuberculiniques cutanés. — L'intradermo-réaction tuberculinique 1/10 de cm^3 de tuberculine 1/1.000 ou 1/10.000) est répétée tous les 15 jours pendant le traitement : l'ampleur de la réaction aug-

mente pendant les quinze premiers jours, puis régresse progressivement pour s'accroître à nouveau à la fin de la quatorzième semaine.

Vitesse de sédimentation globulaire. — Dès le premier mois, élévation qui peut être considérable chez les malades présentant des signes d'intoxication ; diminution, chez plusieurs sujets, lors de l'amélioration du lupus.

Formule leucocytaire. — Tendance à la polynucléose vers la cinquième ou sixième semaine, en coïncidence avec l'augmentation de la tuberculino-réaction et de la vitesse de sédimentation, puis retour progressif au pourcentage initial vers la quatorzième semaine ; — la polynucléose peut accompagner une phase plus aiguë du lupus ; — légère baisse du nombre des lymphocytes, suivie d'une augmentation modérée ; — nombre total des globules blancs inchangé.

Calcémie. — Aucune remarque importante ; d'où cette conclusion qu'il n'existe aucun rapport entre l'amélioration cutanée et le taux sanguin de calcium. — En général les malades à vitesse de sédimentation élevée présentent une calcémie plus basse.

Posologie. — Contrairement à l'opinion des auteurs français, il semble qu'ici les résultats thérapeutiques soient comparables, quel que soit le mode d'administration du calciférol : — les lupiques, soumis aux injections, sont ceux qui ont tiré le plus grand avantage de la médication ; — les patients qui absorbèrent les capsules huileuses sont guéris ou très améliorés, bien que Charpy conteste l'activité à une solution huileuse de calciférol ; — les malades, traités par l'émulsion, ont aussi réalisé des progrès satisfaisants.

Toxicité. — La moitié des lupiques en traitement (11 sur 20) ont présenté des symptômes d'intoxication ; — à l'exception d'une légère fatigue constatée chez deux d'entre eux, aucun des patients, qui reçurent les injections, ne se plaignit ; — les incidents observés furent la fringale, la soif, la pollakiurie, suivies d'anorexie, d'asthénie, de nausées et de céphalée ; bien que le traitement fut poursuivi, ils disparurent au bout de peu de jours, sauf dans quatre cas où la médication dut être suspendue (malgré cet arrêt thérapeutique, l'amélioration du lupus s'affirma).

Deux malades, une femme âgée de 65 ans, un sujet de 85 ans, faillirent succomber. Après avoir reçu l'une et l'autre une dose de 10 millions d'unités (la première en capsules de solution huileuse, le second en émulsion), ils présentèrent des symptômes à peu près identiques : dans une première période, écoulement oculaire, céphalée, anorexie, cœlialgie, nausées, constipation, diminution de la tension systolique ; puis, asthénie et douleurs généralisées avec persistance des troubles digestifs ; enfin, alors que le lupus (qui jusqu'à ce moment n'avait subi aucune modification) s'améliorait au point de presque disparaître, coma, strabisme divergent, abolition de la perception lumineuse, suppression des réflexes, respiration de Cheyne-Stokes, accentuation de l'hypotension (ponction lombaire normale, absence d'albuminurie et de signes de lésions rénales). La guérison (avec quelques séquelles) fut obtenue par injections intraveineuses de glucose et de sérum salé.

L'auteur tire deux *conclusions* : plus on approche du taux toxique, plus grande est l'action favorable de la médication au calciférol sur le lupus ; — il est possible que des doses élevées de vitamine D_2 puissent mobiliser le plomb des os, car l'intoxication vitaminique rappelle l'empoisonnement par le plomb.

Bien que ses avantages soient considérables, la méthode présente (outre l'intoxication) quelques inconvénients : possibilité d'hypervitaminose, de calculs et de lésions du rein, etc..., d'aggravation du lupus au stade initial du traitement, — d'apparition, au niveau des lésions cutanées, d'une pigmentation inesthésique que ne produisent pas les anciennes méthode thérapeutiques.

L'auteur conseille de ne point prescrire aux malades alités le calciférol, — d'associer au traitement vitaminique les moyens locaux, notamment la lampe de Kromayer et l'application d'une pâte de cuivre ; un traitement discontinu (avec périodes de repos) est peut-être plus efficace qu'une thérapeutique ininterrompue, quelle qu'en soit la durée.

A fin de comparaison, Macrae se propose de soumettre ultérieurement quelques malades à la vitamine D^3.

2° **Présentation de malades et discussions diagnostiques.** — Pityriasis lichénoïde aigu (Dowling) ; — cas pour diagnostic (A. Bogham) ; — maladie de Paget (E. Hunt) ; — dégénérescence colloïde de la peau (colloïde milium), maladie de Bazin avec lésions des bras, fistule médiane du menton (C. H. Wittle) ; — lupus miliaire, moniliase buccale (H. J. Wallace) ; — tuberculide ? lupus miliaire consécutif à l'administration de calciférol pour lupus vulgaire ancien de la face (D. Fletcher) ; — *pili torti* et alopécie (Martin Scott).

Wallace présente trois cas de lupus miliaire traités par le calciférol (50.000 U. deux fois par jour, pendant quatre mois).

* * *

Séance du 6 juillet, matin.

Rapports sur l'emploi de la pénicilline en dermatologie.

1° Rapport de R. M. B. Mac Kenna. — L'auteur rappelle brièvement les travaux de A. Fleming (1928), sur l'action antimicrobienne du *Penicillium notatum*, et les recherches ultérieures de H. W. Florey et de ses collaborateurs à Oxford.

La première observation de dermatose (impétigo chez une jeune fille) guérie par l'application locale de pénicilline fut publiée par Florey dans *The Lancet* en 1941.

Suit l'énumération des différentes études, ultérieures, qui ont eu pour but d'accroître le pouvoir thérapeutique de la pénicilline et d'améliorer les excipients. Un article de Roxburgh, Christie (*British Med. Jour.*, 1944, vol. 1, p. 524), extrêmement précis, mérite d'être spécialement signalé, bien que, depuis sa publication, l'application locale de pénicilline ait été étendue à quelques nouvelles maladies cutanées (à la vérité assez rares).

Après avoir passé en revue brièvement les traitements pénicillinés appliqués aux soldats, l'auteur envisage la *bactériologie des dermatoses infectieuses.*

Il insiste sur les récents résultats des recherches britanniques, concernant cette bactériologie, et sur ce fait que, dans de nombreux cas, on décèle des microbes virulents, auteurs de la dermatose, aussi bien dans la lésion que sur la peau d'apparence saine du malade, le même agent pathogène pouvant être d'ailleurs retrouvé sur la cicatrice après guérison ; c'est là une observation d'importance capitale et toute notre conception concernant l'origine purement bactérienne de certaines dermatoses infectieuses doit être révisée ; on peut se poser trois questions :

Dans quelles conditions, la peau, ensemencée par le microbe, devient-elle vulnérable à l'attaque de ce dernier ?

Comment expliquer qu'une peau infectée puisse guérir malgré la présence de l'agent virulent ?

Et, puisque le microbe persiste même sur la lésion cicatrisée, quel est le rôle de la pénicilline dans la guérison ?

Mac Kenna résout la première question en supposant que la peau devient vulnérable à la suite d'un effondrement partiel ou complet de l'auto-désinfection cutanée. Mais que répondre aux autres questions ?

Les travaux récents, concernant l'*auto-désinfection cutanée*, laissent entrevoir (s'ils se confirment) une solution prochaine du problème de la prévention des dermatoses infectieuses.

L'auteur mentionne rapidement la possibilité d'administrer *per os* la pénicilline sodique aux jeunes enfants.

En conclusion, il considère que la valeur thérapeutique de la pénicilline dépend de l'habileté de la prescription : c'est, en effet, un médicament qui exige d'être utilisé d'une façon précise. Il a l'énorme avantage d'être efficace sans être toxique.

2° TRAITEMENT DES DERMATOSES PAR LA PÉNICILLINE, par HELLIER. — La pénicilline fut largement appliquée aux dermatoses infectieuses des soldats des armées de débarquement. On préféra l'utiliser sous forme de pulvérisations, qui constituent une méthode thérapeutiques simple et rapide et évitent le risque de contamination, puisque l'infirmier ne touche pas, au cours du traitement, le sujet infecté.

En pratique civile, la crème est d'un maniement facile et peut être con-

servée aisément dans une glacière ; certaines souillures chimiques ou microbiennes l'altèrent cependant : on évite l'attaque microbienne, dans une certaine mesure, en ajoutant à la crème un antiseptique, comme par exemple le chlorocrésol.

L'impétigo s'améliore, d'une façon spectaculaire, sous l'influence de la pénicilline, mais la rechute est fréquente à moins qu'on applique sur la peau apparemment guérie, pendant quarante-huit heures, un léger antiseptique (eau d'Alibour).

La sensibilisation à la pénicilline est rare, mais elle existe et particulièrement chez les sujets exposés aux fortes concentrations médicamenteuses, tel le personnel médical chargé des travaux de laboratoire.

Les résultats immédiats de la pénicillinothérapie locale, dans le sycosis de la barbe, sont satisfaisants : 36 malades sur 47 furent guéris mais, sur ce nombre, on constata 23 récidives en trois mois. Les échecs sont ordinairement attribués à l'existence de germes pénicillino-résistants, mais il est remarquable que l'agent, qui provoque la récidive, est habituellement pénicillino-sensible. Cette constatation fait supposer que les rechutes sont provoquées par une réinfection ou par la persistance d'un foyer résiduel. L'auteur suggère qu'on pourrait améliorer les résultats en mélangeant à la pénicilline un antiseptique tel que le merthiolate à 1/1.000.

3° Rapport de K. E. A. Hughes. — L'auteur décrit les difficultés et les premiers résultats du traitement de dermatoses par la pénicilline.

En août et septembre 1943, 9 malades, sur la peau desquels cultivaient des staphylocoques pénicillino-sensibles, furent traités avec une pommade renfermant une légère dose de pénicilline par gramme d'excipient (cire lanette, vaseline et eau à parties égales) : on nota quelques améliorations et, dans sept cas, une eczématisation qu'on crut pouvoir attribuer à la vaseline.

Dans quinze autres cas, on utilisa une crème (eau + 30 o/o de cire lanette) contenant 400 U. de pénicilline par gramme : le succès immédiat fut considérable ; la récidive survint, après l'arrêt du traitement, dans quatre cas de sycosis de la barbe et deux cas de dermite infectieuse.

Enfin 27 malades furent soumis soit aux pulvérisations (solution pénicilline à 200 U. par cm^3), soit aux applications de pommade (pénicilline 200 U. par gramme), soit à la moisissure même de *Penicillium notatum* : la pulvérisation fut plus efficace ; impétigo et sycosis de la barbe disparurent (quelques récidives ultérieures) ; — la pommade fut moins active ; — la moisissure fut abandonnée.

De nombreux examens bactériologiques prouvèrent que, dans la plupart des cas, l'infection était provoquée par des germes pénicillino-sensibles. — Des germes pénicillino-résistants apparurent sur la peau soumise à la pommade ou à la moisissure, ce qui semble établir l'importance de la concentration.

L'auteur conclut qu'il lui semble utile, après traitement et guérison par la pénicilline, d'utiliser un topique légèrement antiseptique de façon à éviter la récidive (1).

(1) Les différents rapports ne signalent que le traitement par application locale de la pénicilline. Il est intéressant de lire *Le traitement des dermatoses par la pénicilline intramusculaire*, de Willcox, Nutt (*Medical Press*, 24 juillet 1946). C'est une revue générale complétée par l'étude de 50 cas personnels. Les auteurs, après avoir recherché la syphilis (afin d'éviter de blanchir une syphilis, surajoutée à une dermatose, par un traitement insuffisant) et la glycosurie, soumettent les malades à la médication suivante : 100.000 U. (sel sodique) sont dissous dans 10 centimètres cubes d'eau distillée ; injection intramusculaire de 40.000 U. toutes les 3 heures ; au total 1.200.000 U. en 30 injections. Dans deux cas seulement (il s'agissait d'un eczéma et d'une dermatose artificielle d'origine externe) urticaire géante 4 à 6 jours après l'arrêt de la médication.

Résultats : — valeur indubitable de la pénicillinothérapie intramusculaire dans furonculose, gale infectée, anthrax, impetigo, ecthyma, gomme ulcérée, érysipéloïde, cellulite et lymphangite ; — effet adjuvant (guérison de l'infection secondaire) dans les dermatoses infectées secondairement par les pyocoques pénicillino-sensibles (eczéma et éruptions de sensibilisation, dysidrose, mycoses cutanées) ; — utiliser la pénicilline chaque fois que l'emploi des sulfamides est dangereux ; — mais, échec, en absence d'une infection pyogène secondaire, dans eczéma, dermite séborrhéique, mycoses, gale, acné vulgaire, végétations vénériennes, psoriasis et lichen plan.

Ces conclusions se rapprochent de celles des auteurs français exprimées à Strasbourg lors de la réunion dermatologique de juin 1946.

ANALYSES

3a. — *Matériel d'examen.*

Divers. — **Discussion sur la photographie dans ses relations avec la dermatologie** (Discussion on photography in relation to dermatology). *Proceedings of the Royal Society of Medicine*, t. **39**, juin 1946, n° 3, pp. 475-479 (*Section of Dermatology*, 17 janvier 1946).

Importante discussion, à laquelle ont pris part Roxburgh, Mandiwall, Andrews, Silcock, Hennell, Bishop, sur les conditions que doivent remplir les photographies de cas dermatologiques, aussi bien en noir qu'en couleurs, et leurs reproductions dans les publications. Présentations d'appareils de prises de vues et de photographies.

A. Touraine.

3e. — *Bactériologie générale.*

J. Burtenshaw (Stafford, Angleterre). — **Auto-désinfection de la peau ; brève revue générale et quelques observations originales** (Self disinfection of the skin : a short review and some original observations). *British medical Bulletin*, vol. **3**, nos 7-8, art. 731, pp. 161-164, longue bibliogr.

L'éviction des microbes par le renouvellement incessant de l'épiderme (Sabouraud, 1899), la phagocytose intra-épidermique ou dermique (Metchnikoff, 1901), sont des hypothèses déjà anciennes. La question de l'auto-désinfection de la peau reste encore obscure.

Dans la profondeur de la peau, l'aseptisation paraît se faire par les mécanismes de l'inflammation et de l'immunité humorale locale; une immunité de toute la peau ne peut aller que de pair avec une immunité générale de tout l'organisme. L'injection de filtrats microbiens, d'huile de moutarde, de bouillon protège la peau contre le streptocoque aussi bien que celle de streptocoques tués (Mallory et Marble, 1925).

A la surface de la peau, une certaine action désinfectante a été attribuée à la lumière (Dold et Chen Yü Hsiang, 1919), à l'acidité cutanée (Marchionini, 1928-1939), à la dessiccation (Singer et Arnold, 1925; Cornbleet, 1931; Bryan, 1933, etc.), à la sueur (Hermann et Fürst, 1929), à la structure en gel acide de la couche cornée (Arnold, 1942), aux acides gras lactique et volatiles de la peau (Bergeim et Cornbleet, 1943), au *p*H acide de la sueur et de ses acides gras (Talbert, 1919) qui varie d'ailleurs selon les régions (Pillsbury et Shaffer, 1939). Le sébum, la sueur renferment en effet jusqu'à 50 p. 100 d'acides gras (Unna et Golodetz, 1909), alors que CO^2 ne peut être rendu responsable de l'acidité de la peau (Talbert). Fleming (1922) a décrit le « lysozyme », ferment qui existe dans la peau de la plupart des animaux.

De ses recherches personnelles (rapportées en détail), B. conclut que la desquamation, la dessiccation, l'acidité, le soleil contribuent à l'auto-désinfection de

la peau, mais que la destruction des bactéries, champignons, verrues revient en grande partie à toute la série des acides gras de la série acétique, depuis l'acide formique jusqu'au stéarique et à l'oléique, et aussi, quoique à un moindre degré, à leurs savons et à quelques autres acides organiques.

A. Touraine.

39. — *Méthodes de diagnostic clinique.*

F. Ronchese. — **La lumière de Wood à l'aide du diagnostic des teignes du cuir chevelu et d'autres dermatoses** (The Wood Light as an aid to the diagnosis of ringworm of the scalp and other dermatoses). *The Rhode Island Medical Journal*, **28**, mai 1946, pp. 347-352, 4 figures en couleurs. Bibliographie.

S'inspirant des travaux de Goodman (1929), Gougerot (1938-1941), Lewis et Hopper (1943) etc., l'auteur passe en revue les applications de la lumière de Wood dans le diagnostic clinique de certaines dermatoses. La principale est la teigne microsporique du cuir chevelu qui devient bleu verdâtre franc alors que la pelade prend une teinte jaune paille. Le pityriasis versicolor devient jaune d'or, alors qu'une leucomélanodermie ne fait que s'accentuer. D'autres dermatoses peu ou non visibles deviennent, ainsi, très apparentes (syphilides maculeuses, radiodermites légères, dermites externes, kératoses séniles et toutes lésions kératosiques, leucoplasies, etc.).

A. Touraine.

F. Galmiche. — **La résistance des capillaires et la vitamine de perméabilité.** *La Semaine des hôpitaux*, année **22**, n° 30, 14 août 1946, pp. 1463-1470, bibliographie surtout personnelle.

Recherchée par les méthodes de pression (lacet, technique plus précise de Göthlin) ou, mieux, de dépression (ventouse), la pression capillaire varie normalement entre 25 et 35 centimètres [?] de mercure chez l'adulte. A partir de la première semaine de la vie, où elle atteint 50 centimètres [*id.*], elle varie peu selon l'âge et le sexe (baisse de 10 o/o pendant la période prémenstruelle); elle montre des différences assez sensibles d'une région à l'autre du corps, s'élève pendant la fièvre, sous l'action de l'adrénaline, de la splénine, des vitamines C et P, du calcium, s'abaisse dans le scorbut, sous l'effet de l'histamine, de l'acétylcholine, de l'antivitamine P (en carence de longue durée).

Exposé des recherches personnelles de l'auteur. La résistance des capillaires ne présente que des variations peu significatives dans les maladies hémorragipares (maladie de Barlow, hémogénie, purpuras), l'angine de poitrine, l'hypertension artérielle, les engelures, l'épidermolyse bulleuse, l'ichtyose, le pemphigus, etc. Elle s'est abaissée ($<$ 25 centimètres [*id.*]) dans l'herpès, l'impétigo, les dermites allergiques, l'eczéma, les érythrodermies arsenicales et streptococciques, l'œdème de Quincke, etc.

« La mesure de cette résistance est un moyen simple et précis d'étudier l'état des parois vasculaires. La vitamine P apparaît comme le second facteur antiscorbutique; mais elle se montre efficace dans un certain nombre de syndromes pathologiques où la fragilité et la perméabilité capillaires sont accrues ».

A. Touraine.

3h. — *Méthodes de diagnostic biologique.*

P. Guichardot. — **Exploration de la réaction cutanée à l'histamine en dermatologie** *Thèse Lyon*, 1946, 90 p., bibliogr., Moulin, édit.

Après avoir rappelé les propriétés chimiques et physiologiques de l'histamine, ainsi que l'action des antihistaminiques de synthèse, l'A. étudie dans le service du Prof. Gaté les modalités de la réaction locale de la peau (triple effet de Lewis) après injection intradermique sur la face antérieure de l'avant-bras de dilutions d'histamine (réaction physiologique normale avec une dilution à 1 : 100.000 chez 32 sujets normaux, à 1 : 1.000.000 chez les allergiques), avant et après absorption de 3 doses de 0 gr. 20 d'antergan ou de néo-antergan. Essais dans 9 urticaires, 12 dermites artificielles, 15 eczémas généralisés, 9 eczémas localisés, 3 dysidroses, 3 maladies de Dühring-Brocq, 3 séquelles douloureuses de zona, 11 prurits de gale, 5 prurits ano-vulvaires, 2 névrodermites, 2 prurigos, 2 lichens, etc.

D'une façon générale et notamment dans les urticaires, les eczémas, si la réaction reste normale ou peu augmentée, les antihistaminiques de synthèse ne donnent que peu ou pas d'amélioration et l'histamine ne joue qu'un rôle secondaire dans la pathogénie des accidents. Si la réaction est exagérée, les antihistaminiques exerceront une action très favorable. On doit donc distinguer des urticaires dues principalement à une histaminogenèse anormale sur un tégument sensibilisé et d'autres qui relèvent d'autres agents nocifs. La réaction locale à l'histamine pourrait ainsi guider dans le choix de la thérapeutique appropriée.

A. Touraine.

3i. — *Chimie générale et métabolismes.*

J. Pellerat et Mlle M. Murat. — **Variations de la teneur cutanée en histamine sous l'influence du froid et dans certaines dermatoses.** *Comptes rendus des Séances de la Société de Biologie et de ses filiales*, **139**, décembre 1945, n° 23-24. *Société de Lyon*, séance du 19 novembre 1945, pp. 1141-1142.

Normalement le taux physiologique de l'histamine cutanée chez l'homme se fixe aux environs de 20 milligrammes par kilogramme. La réaction cutanée à la tuberculine détermine localement une baisse constante et importante de ce taux.

Ayant remarqué que les fragments de peau prélevés après anesthésie au chlorure d'éthyle ne contenaient pratiquement plus d'histamine, les auteurs se sont demandé si la libération de ce corps n'était pas due en pareil cas à l'influence du froid; ils ont donc cherché à mettre en évidence l'enrichissement en histamine du sang veineux drainant le territoire réfrigéré et ils ont constaté effectivement que la teneur en histamine de ce sang atteignait des chiffres nettement supérieurs à ceux du sang normal (90 à 130 γ dans le premier cas, 49 à 75 γ dans le second).

L'étude expérimentale de la réaction cutanée à la brûlure leur a apporté une autre preuve de la disparition de l'histamine sous l'influence du froid : en effet la peau de cobaye préalablement réfrigérée ne présente pas de lésions pour une brûlure déterminée, alors que la peau témoin présente constamment pour la même brûlure des lésions du deuxième degré (œdème et phlyctène).

Les auteurs ont noté en outre une diminution à peu près constante de la teneur cutanée en histamine au cours de diverses dermatoses (dermite artificielle, urticaire,

gale, eczéma, lichen plan, zona), et ils en tirent argument pour admettre le rôle exercé par la libération de l'histamine tissulaire dans le déterminisme des lésions cutanées (congestion, érythème, etc.).

Lucien Périn.

3l. — *Thérapeutique générale.*

F. Pascher et Ben Kance. — **Réactions du système hémopoïétique à certains agents utilisés dans le traitement des dermatoses (R. X de bas voltage)** (Reactions of the hemopoietic system to agents used in the treatment of dermatoses). *Arch. of Derm. and Syph.*, **53**, n° 1, janvier 1946, pp. 1-5. Bibliogr.

Les A. ont étudié les méfaits des rayons X, employés seuls ou associés à l'arsénothérapie, sur le système hémopoïétique (leucopénie ou leucopénie avec anémie hypochrome) et le retour à la normale peut demander quatre à cinq mois, qu'il s'agisse de basse ou de haute tension. Huit cas de dermatoses variées (mycosis fongoïde, psoriasis, lymphosarcomatose). L. Golé.

3p. — *Radiothérapie.*

Ch. Gros (Montpellier) — **Radiothérapie de contact.** *La Semaine des Hôpitaux*, année **22**, 21 juillet 1946, n° 27, pp. 1287-1289.

Exposé général de cette technique, mise au point par Chaoul (de Berlin) en 1935. Les longueurs d'onde employées sont de l'ordre de 1 Å, la dose totale varie de 3.000 à 50.000 r en une ou plusieurs fois. Analyse de ses avantages et de ses inconvénients.

Les principales indications sont les cancers cutanés à leur phase locale et les états précancéreux de la peau (traitement en deux minutes, indolore, économique : cicatrice à peine visible), les angiomes tubéreux, les cors, les verrues.

A. Touraine.

3q. — *Chimiothérapie.*

R. Pottier. — **Les récents progrès en chimiothérapie.** *Le Scalpel*, n° 23, 20 août 1946, pp. 445-447.

Rappel succinct des nouveaux agents chimiothérapiques et de leurs propriétés : la dichlorarsine, la pénicilline, la streptomycine (action contre le bacille de Koch, surtout combinée à la promine). Il faut y ajouter deux nouveaux médicaments antimalariens : la paludrine, d'origine anglaise et la chloroquine, d'origine américaine.

L. Golé.

C. Huriez et P. Liard. — **Les sulfadiazines en thérapeutique.** *La Presse Médicale*, année **54**, n° 29, 22 juin 1946, p. 407 (7 fig.).

Une soixantaine de malades traités montre la supériorité des sulfadiazines sur les autres composés organo-soufrés. Les couples sulfadiazine-soludagénan et pénicilline-sulfadiazine représentent un progrès notable en thérapeutique anti-infectieuse. Leur parfaite tolérance digestive à des posologies élevées ne doit pas faire

oublier qu'ils peuvent engendrer les accidents graves : lithiase diazinurique, ictère avec hypoglycémie, agranulocytose. Leur emploi nécessite une triple surveillance biologique, clinique et hématologique.

H. Rabeau.

J. Boudreaux. — **Emploi de la sulfamido-thio-urée dans les ulcérations et fistules tuberculeuses chirurgicales.** *Paris-Médical*, année **36**, n° 36, 29 juin 1946, pp. 290-292.

L'auteur insiste sur l'efficacité de la sulfamido-thio-urée (fontamide) dans le traitement des ulcérations et des fistules tuberculeuses. Il a eu recours à ce médicament chez une trentaine de malades atteints de lésions diverses : ulcérations et fistules au cours de scrofulodermies ou de gommes sous-cutanées, fistules ganglionnaires, fistules osseuses, fistules pleurales, etc. Les résultats dans leur ensemble ont été favorables, parfois même inespérés, soit par voie buccale, soit par applications locales, soit par les deux à la fois. La médication buccale a été le plus souvent bien supportée à des doses de 10 grammes par jour. Localement le produit a été employé sous forme d'instillations (1 à 10 centimètres cubes de solufontamide selon l'étendue de la cavité à traiter) ou de pâte de fontamide. La solution dans la triéthanolamine a le double avantage d'une forte concentration (33 o/o) et de la neutralité chimique.

La sulfamido-thio-urée ne doit pas être considérée comme une panacée, mais elle constitue par son action antipyogène, sa facilité d'administration et sa tolérance la sulfamide de choix dans les ulcérations et les fistules dues au bacille de Koch. L'auteur admet que près d'un tiers des fistules ainsi traitées évoluent vers une guérison assez rapide, les meilleurs cas (trajets courts, fistules superficielles) déjouant même les prévisions habituelles.

Lucien Périn.

3s. — *Traitements locaux.*

H. Berry (Londres). **Principes scientifiques dans la recherche et le choix des véhicules pour pommades** (Scientific principles in the design and choice of ointment bases). *British medical Bulletin*, t. **3**, 1945, n°s 7-8, art. 737, pp. 182-185, bibliogr. anglo-saxonne.

Conditions que doivent remplir les produits nouvellement utilisés; nécessité d'une entente entre le dermatologiste et le pharmacien.

Les véhicules habituellement utilisés sont les corps oléagineux, mucilagineux (méthyle cellulose, alginate de soude), émulsionnants d'eau en huile (lanoline et alcools de la laine, cetyl, stéaryl) ou d'huile en eau (alcools gras fortement sulfatés), savons de triéthanolamine.

A. Touraine.

T. Mc Gavack (New-York), R. Seidel et R. Beutner (Philadelphie). — **Traitement de certaines dermatoses par une résine polymère d'hydroxybenzyl alcool** (Treatment of cutaneous desorders by means of a resin, polymer of hydroxybenzyl alcool (S. B. S.). *The Urologic and Cutaneous Review*, **50**, n° 7, juillet 1946, pp. 412-416. Bibliographie.

Cette résine est constituée par un polymère de saligénine (o-hydroxybenzylalcool) et par un polymère de déhydroxybenzylalcool. Insoluble dans l'eau elle est soluble dans l'alcool en donnant un liquide visqueux adhésif ressemblant à du collodion. Elle montre, 5 minutes après un badigeonnage avec une solution à 25-30 o/o, un fort pouvoir anesthésiant pendant environ 30 minutes. Son action est

comparable à celle du goudron ou de la chrysorabine, mais beaucoup moins irritante. Elle est connue sous le nom de Skin Balm Splint ou S. B. S.

Ses indications sont l'athletic foot (25 cas, avec guérison rapide), le prurit anovulvaire (5 cas), le zona (7 cas), l'eczéma (2 observation rapportées) ou la simple protection de la peau.

A. TOURAINE.

3u. — *Traitements hydro-minéraux.*

H. JUMON. — **Les procédés de cure thermale à La Bourboule.** *Journées hydrologiques du Centre*, Clermont-Ferrand, 19-20 mai 1946, Vallier édit., pp. 33-41.

Après avoir résumé les divers modes de traitement utilisés dans cette station, l'auteur rappelle les applications dermatologiques de La Bourboule en pulvérisations, douches filiformes vraies, pulvérisée, en massage, bains, douches.

La cure « calme, cicatrise les lésions cutanées et désensibilise souvent le malade ». Elle vise surtout les dermatoses sèches, squameuses et prurigineuses : prurits, prurigos de l'enfant, eczéma du nourrisson, éruptions eczématiformes, engelures, livedo, acro-asphyxie, acné juvénile chez l'enfant; prurits de tous sièges, prurigos, lichénification, lichen plan, eczémas secs, psoriasis, acné, couperose, lupus érythémateux et tuberculeux chez l'adulte.

A. TOURAINE.

3v. — *Traitements biologiques.*

R. et Ph. BENDA. — **L'acide para-aminobenzolique.** *La Semaine des Hôpitaux*, année **22**, n° 33, 7 septembre 1946, pp. 1577-1586. Bibliographie.

Importante étude de l'acide para-aminobenzolique ou vitamine H' (P. A. B.), abondant dans la levure de bière sèche (Rothmann), les extraits de muscle, de foie, le son de riz, le chou, etc.

Son rôle actuellement connu en dermatologie est le suivant :

1° *Coup de soleil et pigmentation actinique.* — Les pommades à base de P. A. B. ou de ses dérivés comme la larocaïne protègent contre l'action des radiations lumineuses qu'elles absorbent, sauf si le P. A. B. a été irradié.

2° *Facteur anti-grisonnant.* — Démontré expérimentalement par Ansbacher (1941) chez le rat, appliqué à l'homme, avec 82 o/o de succès, chez 460 sujets grisonnants, par Sieve.

3° *Action détoxicante.* — Au cas d'intoxication grave par les arsenicaux pentavalents et les sulfamides.

4° *Traitement des rickettsioses* et notamment du typhus (Yeomans).

5° *Traitement de la stérilité féminine.*

Le P. A. B. est administré soit par voie buccale (400 milligrammes par jour pendant plusieurs mois contre la canitie et le vitiligo (Castello), jusqu'à 40 grammes par jour contre les rikettsioses, soit par injections intraveineuses (Benda) (5 à 10 centimètres cubes de sel sodique à 5 o/o), pouvant alors remplacer la novocaïne et ses applications dans le traitement des dyspnées, soit par aérosols (Benda).

A. TOURAINE.

M. Goldzieher. — **Action des œstrogènes sur la peau sénile** (Effect of estrogens on senile skin). *Journal of Gerontology*, avril 1946, d'après *The Urologic and Cutaneous Review*, **50**, n° 7, juillet 1946, p. 434.

L'application topique d'œstrogènes est connue pour prévenir l'atrophie génitale et rétablir dans leur état normal les muqueuses des organes génitaux externes.

Chez 5 sujets âgés, des pommades à l'œstradiol et au diéthylstillbœstrol ont été employées et des biopsies ont comparé la peau traitée et celle de régions témoins. La régénération de l'épithélium de surface est active. Le nombre des assises cellulaires est augmentée, l'ondulation de la ligne dermo-épidermique est rétablie, la teneur en eau s'élève et les fibres élastiques sont plus nombreuses.

L'application cutanée est beaucoup plus active que l'ingestion par la bouche ou l'injection sous-cutanée, car les œstrogènes ne sont pas inactivés par le foie ni utilisés de préférence par les tissus génitaux.

A. Touraine.

M. Roch, P. Alphonse et Th. Wacker (Genève). — **Dépôt sous-cutané d acétate de désoxycorticostéro.ie dans un cas d'insuffisance surrénale.** *Bull. de l'Acad. suisse des Sciences médicales*, t. **1**, 1945, f. 3, pp. 191-193.

10 comprimés de 50 milligrammes sont insérés dans le tissu cellulaire sous-cutané de l'abdomen chez une femme de 36 ans. Mort 77 jours plus tard. Les 10 comprimés sont retrouvés mais ne pèsent plus qu'un total de 80 milligrammes. Les logettes qui les ont renfermés sont entourées d'une zone de cellules épithélioïdes avec quelques cellules géantes; plus en dehors, zone de réaction de néoformation conjonctive avec début de vascularisation et cellules plasmocytaires.

A. Touraine.

3w. — *Mycothérapie.*

X... **Pour prolonger l'effet de la pénicilline** (Prolonging penicillin action). *British Medical Journal*, 6 avril 1946, p. 530.

Chez un malade avec des reins déficients, quelques centaines d'unités de pénicilline devraient suffire pour obtenir une concentration sanguine thérapeutique suffisante. On donne habituellement des doses énormément supérieures, car le rein normal sécrète trop rapidement pour l'effet thérapeutique à doses économiques. Bien que cela n'ait pas été calculé, chaque molécule de pénicilline ne semble rester dans la circulation sanguine que moins de 15 minutes. Trois raisons existent pour prolonger l'effet du traitement, économie, commodité et le confort du malade surtout en cas de maladie grave s'il a besoin de sommeil.

Première méthode, la dose massive (Lourie), une deuxième c'est d'obstruer la sécrétion rénale dans les néphrites, on a obtenu de hautes concentrations sanguines de pénicilline. Avec certains médicaments (acide paraminohippurique par exemple), on peut retarder la diurèse, ceci bien que longuement étudié, ne recueille pas les suffrages des praticiens.

Le lieu de l'injection peut jouer un rôle. Florey et Heatley injectant 120.000 unités dans un empyème ont trouvé une concentration sanguine bactériostatique pendant 24 heures.

On peut prolonger l'action des injections intramusculaires par l'utilisation d'une solution de glucose à 5 o/o au lieu de sérum salé et en appliquant une vessie de glace sur le point d'injection.

Mais le moyen le plus employé et le plus prometteur est l'incorporation de la pénicilline dans un mélange de cire d'abeilles et d'huile d'arachides (Romansky et

Rittmann). Quand on utilise une pénicilline calcique très pure, 300.000 unités peuvent être mises en suspension dans un centimètre cube d'huile d'arachides contenant 4,8 o/o de cire d'abeilles. W. M. M. Kirly injectant un seul centicube de cette préparation, trouva, sur 25 malades, 14 qui avaient une concentration suffisante pendant 20 heures et plus. Le gros désavantage est la forte viscosité du mélange qui, même chauffé, est très difficile à injecter. Pour le traitement simplifié des maladies vénériennes, c'est actuellement la meilleure méthode aux États-Unis; on a même injecté 600.000 unités à la fois pour obtenir un effet pendant 24 heures. La pénicilline ainsi employée doit être extrêmement pure.

MANSOUR.

P. CUILLERET. — **Aperçu des possibilités de la pénicilline en thérapeutique dermatologique.** *Journal de Médecine de Lyon*, année **27, n°** 639, 20 août 1946, pp. 601-607. Bibliographie.

En dermatologie on peut utiliser la pénicilline par voie parentérale ou bien porter ce médicament directement au contact du foyer infectieux grâce à des poudres, crèmes ou émulsions, mais ces préparations perdent rapidement leur activité.

L'auteur a utilisé surtout une solution de pénicilline dans le sérum physiologique dosée à 1.000 U. par centimètre cube. Une solution novocaïnée à 2 o/o a l'avantage de supprimer les douleurs de l'infiltration en zone enflammée. Injection de 1 à 3 centimètres cubes, soit 1.000 à 3.000 U. par jour, à répéter plusieurs jours de suite. Succès rapide dans 7 cas d'anthrax traités par injections de pénicilline + pénicillinothérapie locale. Remarquables résultats aussi dans le pemphigus épidémique du nourrisson et dans deux cas de gangrène de la verge apparue chez des syphilitiques récents.

Dans une observation de maladie de Dühring-Brocq la thérapeutique par pénicilline semble s'être montrée active.

Jean LACASSAGNE.

Roger COMET. — **Le traitement local par la pénicilline en dermatologie.** *Thèse Lyon*, 1943.

La pénicilline portée d'emblée dans le foyer d'infection cutanée permet une action directe et économique.

Les résultats obtenus par la pénicilline locale dans les staphylococcies cutanées sont très brillants. L'auteur rapporte sept observations d'anthrax traités de cette façon. Il utilise la pénicilline seule ou associée aux sulfamides locales et *per os*. Il emploie une solution dans la scurocaïne ou le sérum physiologique à la concentration de 1.000 unités Oxford par centimètre cube. Il injecte localement plusieurs jours de suite une dose totale variant de 2.000 à 15.000 U. O. Il complète par des applications locales de compresses imbibées de la même solution. Il constate en 48 heures une chute de la température et la suppression des phénomènes douloureux, localement un arrêt brusque de l'extension du processus inflammatoire suivi parfois d'une résorption complète en quelques jours si l'atteinte des tissus n'a pas été trop profonde.

Les résultats sont beaucoup plus discutables dans les autres infections cutanées.

H. RUEL.

A. WALKER, H. JOHNSON, P. CASE et J. KOLBROS. — **Effets convulsivants des agents antibiotiques sur le cortex cérébral** (Convulsive effects of antibiotic agents on the cerebral cortex). *Science*, t. **103**, 1946, p. 116.

La pénicilline injectée directement dans le système nerveux peut avoir des effets convulsivants. Les encéphalogrammes ont été anormaux chez plus de 60 p. 100 de 51 sujets atteints d'affections autres qu'une maladie primitive du système ner-

veux central; alors que des contrôles avant et après pénicilline restaient généralement normaux. Des doses de 40.000 u. intrarachidiennes ont déterminé des convulsions généralisées. Une application de 250 u. sur le cortex du macaque a provoqué des attaques épileptiformes.

Ces phénomènes ne sont pas dus à des impuretés; ils se sont produits avec la pénicilline venant de dix marques différentes et avec de la pénicilline cristallisée purifiée. A. Touraine.

J. Sweeney, W. Morginson, R. Robinson et E. Kilpatrick. — **Efficacité de la pénicilline dans le traitement de l'angine de Vincent et son insuccès dans certaines autres conditions pathologiques** (Therapeutic Effectiveness of Penicillin in the Treatment of Vincent's Stomatitis and its Failure to influence favorable certain other medical Conditions). *Journal Lab. and Clin. Med.*, t. **30**, février 1945, p. 132.

43 stomatites de Vincent, traitées par 25.000 u. toutes les 3 heures. Disparition des fuso-spirilles en 48 heures (sauf si caries dentaires). Élévation de la fièvre pendant le traitement. 3 furonculoses chroniques : amélioration passagère, rechutes; 11 acnés vulgaires : légère amélioration mais pas de guérison; 7 dermites staphylocociques : amélioration, mais rechutes; 1 lupus érythémateux disséminé, non modifié; quelques trichophyties, sans amélioration.

A. Touraine.

H. E. Anderson. — **La tyrothricine dans les infections cutanées.** *Arch. of Derm. and Syph.*, **53**, n° 1, janvier 1946, pp. 20-25. Bibliogr. importante.

La tyrothricine, substance bactéricide obtenue à partir d'une bactérie sporulée aérobie (analogue à la gramicidine) a été expérimentée par l'auteur (action sur la croissance des micro-organismes Gram positifs). A cause de sa haute toxicité, son utilisation a été limitée à des applications locales, mais son action est nulle en pommades. Par contre, les pansements humides d'une solution alcoolisée ont été utilisés avec succès par Rammelkamp dans les ulcères. Sur 20 malades (pyodermites, ulcères, dermites infectieuses) : 75 o/o de guérisons.

Médication adjuvante pour désinfecter les lésions, mais pas d'action nette sur la cicatrisation des lésions. Elle pourra être employée lorsque les sulfamides sont contre-indiquées. L. Golé.

J. Sailman. — **Gramicidine S.** *Diagnostics et traitements*, t. **4**, 1945-1946, n° 5, pp. 252-253.

Préparé à partir d'un bacille du type *Bacillus brevis*, ce produit agit sur des microbes à Gram positif ou négatif. Son action est particulièrement intéressante dans les plaies et les dermatoses infectées. C'est un polypeptide soluble dans l'alcool.

A. Touraine.

4d. — *Dermatoses d'origine toxique externe.*

G. B. Underwood, L. E. Gaul, E. Collins et M. Mosbey. — **Dermatite des pieds due aux médicaments** (Overtreatment dermatitis of the feet). *J. A. M. A.*, **130**, n° 5, 2 février 1946, pp. 249-256.

Dans cette intéressante étude, les A. montrent les méfaits des innombrables préparations préconisées, avec une réclame souvent tapageuse (ils en donnent d'amusants fac-simile), contre les affections des pieds et « l'athletic-foot ».

Nombre de ces préparations (dont ils donnent une longue liste avec leur formule), employées longtemps et sans avis médical, créent des dermites, en particulier cel-

les qui contiennent des produits mercuriels, à base de phénol ou d'aminobenzoate d'éthyle, ainsi que l'a montré la méthode des tests.

Ils terminent en demandant qu'une Commission soit nommée d'urgence pour réglementer et soumettre la vente de ces produits à un contrôle médical.

L. Golé.

4e. — *Dermatoses professionnelles.*

Robert Pfister. — **Des risques de maladies professionnelles au cours du travail de la fibre de verre.** *Thèse Lyon*, 1945.

La préparation de la fibre de verre donne naissance à des poussières et des filaments de verre.

L'inhalation et l'ingestion de ces poussières sont pratiquement sans danger.

Elles provoquent, par contre, un prurit désagréable surtout au niveau des membres supérieurs et de la région cervicale. Ce prurit est accompagné d'éléments érythémateux sur la face antérieure des avant-bras, sur la nuque et le thorax. Tout disparaît quelques heures après la cessation du travail sans jamais laisser de lésions d'infection secondaire. L'irritation des muqueuses rhino-pharyngée et conjonctivale est exceptionnelle.

La sensibilité particulière de la peau nécessite parfois le changement de travail.

L'A. préconise un certain nombre de moyens de protection : captation des poussières, ventilation des ateliers. L'émulsion dans un corps gras liquide rend la fibre moins diffusible mais risque d'entraîner des lésions eczémateuses chez les ouvriers. Ceux-ci porteront des vêtements de travail en toile extrêmement serrés, des gants imperméables en tissu très serré. L'hygiène corporelle sera rigoureuse.

H. Ruel.

Dhers, Pellerat, Coudert et Roche. — **La pathologie professionnelle de la filature des fibres de verre (peau, etc.).** *Soc. de Méd. du Travail de Lyon*, 15 juin 1945, in *Arch. Mal. Professionnelles*, **7**, 1, 1946, pp. 19-28.

La fibre de verre comporte deux types : continu, la soie de verre ou sillione; discontinu, la laine de verre ou verranne. Des fragments en sont libérés dans l'atmosphère et irritent la peau (prurit et dermatoses). Avec la laine, le prurit est immédiat surtout aux avant-bras, bras, pourtour du cou. Accru par le lavage avec frottement, il cesse par le changement de vêtements et la toilette. Les pommades n'agissent pas préventivement mais calment après les ablutions.

Comme lésions, on trouve de petites taches érythémateuses, parfois des micropapules ou un érythème plus étendu, qui peuvent durer une à deux semaines. Au dermatoscope on voit les débris de verre encastrés dans les sillons, les orifices, mais ne paraissant pas traverser l'épiderme. Les papilles sont turgescentes, parfois avec une croûtelle et centrent souvent une auréole ecchymotique. Biopsie : pas de fragments de verre, prolifération de la gaine externe des vaisseaux sous-épidermiques sans dilatation, lésions du derme seul.

Protection mauvaise par moufles gênants et vêtements serrés inefficaces, comme les pommades (sauf après la douche); utiliser des sous-vêtements de travail en laine, vêtements de dessus amples; douches sans friction; double vestiaire pour changement complet; interdiction de toute alimentation pendant le travail.

Barthélemy.

G. Gautier. — **A propos des dermites professionnelles observées dans une usine d'arséniate de chaux.** *Soc. de Méd. du Travail de Lyon*, 15 juin 1945, in *Arch. Mal. Professionnelles*, **7**, 1, 1946, p. 32.

Sur une centaine d'ouvriers, en 1943, on a relevé 6 pigeonneaux des mains, 27 érythèmes papuleux du scrotum et des cuisses, 7 éruptions discrètes centro-faciales, 2 ulcérations nasales. Quelques sujets ont été atteints plusieurs fois. La localisation au scrotum tient surtout aux souillures manuelles lors des mictions, elle est due à l'arséniate desséché; l'anhydride arsénieux donne plutôt les lésions ulcéreuses.

Fabrication par voie humide et fréquentes mutations du personnel sont des facteurs de bénignité. Prévention par manutention automatique, cagoules étanches à compresseur d'air, toilette rigoureuse du visage et des mains, surveillance médicale hebdomadaire, changement d'emploi au cas d'irritation cutanéo-muqueuse débutante.

Éviter la fabrication par voie sèche, cause de mélanodermie et de polynévrites.

Barthélemy.

F. Zanchi et A. Bonduel. — **Dermatose allergique par intoxication à l'aniline, accident du travail.** *Revista de la Asociation Medica Argentina* (Buenos-Aires), t. **59**, 30 novembre 1945, p. 1322.

Imprimeur sur soie depuis 25 ans, exposé à l'inhalation de vapeurs d'une teinture d'aniline et à l'imprégnation des mains par cette teinture. Érythème, puis vésicules et forte sécrétion, surtout entre les doigts. Guérison en 15 jours. Rechute à la reprise du travail. Nouvelle guérison en 2 mois. Nouvelle rechute à la reprise du travail avec extension à la face, aux avant-bras, aux jambes. Douleurs gastriques, diarrhée, asthénie, fortes céphalées. Rechute généralisée après un traitement de 4 mois et retour à son occupation ; finalement abandon de celle-ci.

A. Touraine.

S. Dore et E. Thomas. — **Dermatites de contact dans une fabrique de morphine** (Contact dermatitis in a morphine factory). *The British Journal of Dermatology and Syphilis*, t. **56**, juillet-août 1944, pp. 177-186.

9 cas (les premiers en Grande-Bretagne) en 16 mois, dont 7 hommes sur 16 ouvriers et les 2 femmes employées. Délai d'apparition : 14 semaines après le début du travail. Un cas pendant les phases d'évaporation et de cristallisation du sel de Gregory, 3 cas pendant la purification, 5 pendant l'empaquetage.

Début par un érythème congestif œdémateux péri-oculaire, puis extension au cou, au menton, aux mains; généralisation dans un cas.

On n'a pas pu identifier le réactogène spécifique.

A. Touraine.

H. R. Gottschalk et R. S. Weiss. — **Sensibilité de l'épiderme à la pénicilline** (Epidermal sensitivity to penicillin). *Arch. of Derm. and Syph.*, **53**, n° 4, avril 1946, p. 365.

Des dermatites ont été observées chez les sujets manipulant les sels de pénicilline ainsi que l'a montré la méthode des tests. De nombreuses observations ont déjà été publiées où les réactions étaient dues à la pénicilline incorporée à un excipient.

La méthode des tests a permis de constater qu'un petit nombre de sujets est sensible à la pénicilline et qu'une proportion moindre peut être sensibilisée à ce produit, par application sur la peau, dans un délai de 5 à 10 jours.

L. Golé.

4g. — Dermatoses de guerre.

D. Abramson, D. Lerner, H. Shumacker et F. Hick (U. S. A.). — **Clinique et traitement des stades avancés du pied de tranchée** (Clinical picture and treatment of the later stage of trench foot). *American Heart Journal*, vol. **32**, n° 1, juillet 1946, pp. 52-71, 7 figures. Courte bibliographie anglo-saxonne.

Environ 2.000 cas, parmi les troupes américaines, durant la première guerre mondiale, beaucoup plus pendant la seconde. Ici, étude d'après 633 cas, examinés 2 à 13 mois après le séjour en campagne. 94 o/o d'entre eux sont survenus après plusieurs expositions antérieures au froid, sans cependant avoir fait de gangrène. Le temps du séjour nocif au front a varié entre 3 et 54 jours. Un passé d'engelures ne joue aucun rôle pour faciliter le pied de tranchée. Il n'y a eu gangrène profonde dès le début des accidents que dans 5,8 o/o; habituellement, on ne note que douleurs, sensation de brûlure, froid, gonflement, parfois vésicules, rarement bulles sur le dos du pied. La cyanose secondaire est assez rare.

Les auteurs insistent sur les *séquelles* des pieds de tranchée, qu'ils divisent en 3 groupes :

1° *Avec signes d'hyperactivité sympathique* (144 cas) : hypothermie, hyperidrose, aspect cyanotique ou bigarré, disparition du pouls de la pédieuse dans 6 o/o des cas sans gangrène, dans 100 o/o des cas avec gangrène; claudication intermittente rare, peu ou pas de troubles oscillométriques.

2° *Avec troubles des nerfs périphériques* (63 cas) : hyperesthésie de la région métatarso-phalangienne d'où douleur à la pression, gêne de la marche; parfois paresthésies, rarement anesthésie.

3° *Avec réunion des deux groupes précédents de manifestations* (426 cas). — Atrophie marquée des petits muscles du pied chez 26 sujets; souvent ostéoporose du pied. Dans 48 cas, aires de gangrène superficielle, surtout aux points de pression; parfois chute d'un ou plusieurs orteils, altérations ou chute des ongles. Dans tous les cas de gangrène, association de *Bacillus proteus* et de bacille pyocyanique, résistant aux sulfamides et à la pénicilline.

Étude du traitement par massage, vaccination antityphique (souvent diminution du gonflement après 10 ou 12 injections), orthopédie, ionisation à la formaline contre l'hyperidrose (16 échecs sur 92), sympathectomie lombaire (2 guérisons sur 10), etc.

A. Touraine.

4h. — Toxicodermies médicamenteuses.

Ramon Gonzalez Medina. — **Accidents cutanés sulfamidiques. Eczéma, réaction à la sulfamidothérapie locale et générale** (Accidentes cutaneos sulfamidicos. Eczema-reaccion a sulfamidotherapia local y general. *Medicina española*, vol. **76**, t. **13**, juin 1945, pp. 536 à 542, 4 figures.

R. G. M. a pu retrouver à l'origine de nombreux eczémas d'étiologie confuse des applications de préparations sulfamidiques. Il a pu provoquer expérimentalement des eczémas de même nature soit avec des pommades à base de sulfamides, soit par l'administration interne de ces produits. En aucun cas, la quantité de sulfamides notée dans le sang n'était suffisante pour que l'on puisse conclure à une pathogénie toxique. Les sujets qui présentent ces accidents réalisent des conditions

générales qui les prédisposent aux manifestations allergiques en général (au point de vue clinique : émotivité, dermographisme, signes de labilité thyroïdienne ou ovarienne, etc...) — au point de vue biologique : prédominance sympathicotonique, légère élévation du métabolisme basal, courbes de glycémie du type « insuffisance hépatique »).

On peut, d'autre part, chez de nombreux sujets obtenir des épreuves spécifiques positives de leur susceptibilité spécifique vis-à-vis de ces médicaments.

L'application de pommades à base de sulfamides et des intradermo-réactions faites avec la même préparation (épreuves épidermiques et dermiques) donnent au bout de 24 heures une plaque rouge prurigineuse chez un malade atteint d'eczéma sulfamidique, alors qu'elles ne provoquent aucune modification cutanée chez des sujets témoins.

La transmission passive de la sensibilisation a pu être réalisée par l'injection de l'exsudat limpide provenant des vésicules eczémateuses réactionnelles. L'A. obtient au bout de 10 minutes un érythème de 2 centimètres avec réaction papuleuse. L'épreuve de transmission passive de P. Kustner réalisée par l'injection au malade de son propre sérum inactivé donne un résultat négatif. J. Margarot.

W. Leifer. — **Eruption atypique fixe par sulfathiazol** (Fixed sulfathiazole eruption of unusual distribution). *Arch. of Derm. and Syph.*, **53**, n° 2, février 1946, pp. 125-127.

Ces éruptions fixes dues aux sulfamides sont relativement rares. Comme celles dues à la phénolphtaléine, à l'antipyrine ou aux arsenicaux, elles consistent en macules brunâtres ou noires qui prennent un aspect inflammatoire lorsqu'est administré le produit nocif.

Les lésions, dans le cas rapporté, siégeaient sur les lèvres, dans la bouche et sur le pénis et, d'autre part, réalisaient une dermatite aiguë vésiculeuse autour d'une cicatrice ancienne du cou dont la plaie primitive avait été traitée par une poudre de sulfathiazole (d'où sensibilité locale et réveil lors de l'administration *per os* du même produit). L. Golé.

Ch. H. Lutterloh et P. L. Shallenberger. — **Pigmentation particulière après traitement prolongé à titre curatif par l'atabrine** (Unusual pigmentation developing after prolonged suppressive therapy with quinacrine hydrochloride). *Arch. of Derm. and Syph.*, **53**, n° 4, avril 1946, p. 349.

Coloration gris-bleu ardoisée des ongles, des doigts et des orteils associée à une légère pigmentation jaune citron de la peau (cas 1). Pigmentation bleue clair de la pointe du nez et face inférieure des ailes du nez, plus foncée au voile du palais (cas 2). Ces pigmentations anormales ont été constatées chez de nombreux soldats et officiers. Elles disparaissent progressivement en six à neuf mois lorsque les doses d'atabrine sont progressivement diminuées. Sans gravité, elles ne doivent pas faire supprimer un médicament dont l'action est remarquable. L. Golé.

4j. — *Dermatoses dues aux insectes.*

J. R. Busvine (Londres). — **Travaux récents sur la phtiriase** (Recent work on the louse). *British medical Bulletin*, t. **3**, 1945, n°s 9-10, art. 777, pp. 215-218, longue bibliogr. anglo-saxonne.

Importante revue générale sur l'extension actuelle de la phtiriase et, plus encore, sur les méthodes de désinfestation utilisées en Angleterre, aux États-Unis et en

U. R. S. S. (air chaud, fumigations, basse température, poudres insecticides dont le Al 63 et, surtout, le D. D. T., imprégnation des vêtements, etc.). Forte documentation, nombreuses références récentes. Le D. D. T. a supplanté toutes les méthodes antérieures. A noter que, d'après Mellanby, en Angleterre et à l'âge scolaire 50 p. 100 de toutes les filles et 30 à 40 p. 100 des garçons sont infestés par les poux de tête. D'après Rollin, la fréquence de la phtiriase dans les groupements est en raison inverse de l'intelligence des sujets.

A. Touraine.

F. Ronchese (Providence, U. S. A.). — **Dermatite généralisée par poux de tête** (Generalized dermatitis from pediculosis capitis). *New England Journal of Medicine*, **234**, 16 mai 1946, p. 665, 1 figure.

Dans 2 cas (femme de 18 ans, fille de 14 ans) une pédiculose du cuir chevelu a été suivie d'une dermatite généralisée très prurigineuse dont l'origine est difficile à interpréter.

A. Touraine.

G. Macdonald. — **Travaux récents dans la lutte contre les moustiques** (Recent work on mosquito control. *Bristol medical Bulletin*, t. **3**, 1945, n°s 9-10, art. 778, pp. 218-222, bibliogr.

Exposé très documenté des nouveaux procédés pour détruire les moustiques, soit à l'état adulte, soit pendant les stades larvaires aquatiques. Contre les adultes, le D. D. T. et le Gammexane en poudres ou en émulsions diverses ont marqué un très grand progrès. Contre les larves, le vert de Paris (Barber, 1936) et le D. D. T. ont montré leur efficacité. Pour éviter les piqûres de moustiques, le diméthyl phthalate donne une protection pendant six heures.

A. Touraine.

R. Christophers. — **Produits pour chasser les insectes** (Insect repellents). *British Medical Bulletin*, t. **3**, 1945, n°s 9-10, art. 779, pp. 222-224, bibliogr.

Revue générale de ces produits et de la technique de leur emploi dans la lutte contre les insectes et, plus particulièrement, contre les moustiques. L'A. garde ses préférences pour la poudre de pyrèthre et, surtout, pour l'huile de citronelle et le phthalate de diméthyle. Il rappelle la formule déjà ancienne mais toujours efficace :

Huile de citronelle	10 cm^3
Alcool camphré	10 cm^3
Huile de cèdre	5 cm^3

dont on verse quelques gouttes sur les draps ou les parties découvertes de la peau.

A. Touraine.

4k. — *Dermatoses par acariens.*

R. Gordon et K. Unsworth (Liverpool). — **Revue de la gale depuis 1939** (A review of scabies since 1939). *British medical Bulletin* t. **3**, 1945, n°s 9-10, art. 776, pp. 209-215, longue bibliogr. anglaise.

Importante revue générale, bourrée de faits, sur les acquisitions récentes en matière de gale. Notions de distribution géographique (le craw-craw d'Afrique occidentale, le kas-kas de Nouvelle-Guinée sont de la gale), de fréquence pendant les guerres et dans la période actuelle (nombreux chiffres), notamment chez les arriérés mentaux (Hodgson, Mac Kenna). Aperçu sur l'immunité acquise (à début

vers la fin du premier mois, d'après Mellanby, récidives toujours moins graves et tendant souvent à la guérison spontanée). Détails sur la biologie de l'acare (85 p. 100 des parasites vivent dans les sillons dont 40 p. 100 sont des femelles ovigères; 15 p. 100 errent à la surface de la peau, dont 90 p. 100 des larves et 10 p. 100 des nymphes). Le risque de transmission indirecte, par les objets, les draps, est minime; la désinfection du linge est rarement utile (Ministère de la Santé).

Étude clinique des sillons caractéristiques (seulement à femelles ovigères et non prurigineux) et des éruptions polymorphes, prurigineuses (dues à la sensibilisation et au grattage, mais non au parasite lui-même).

Traitements : surtout le benzoate de benzyle et le tetmosol (monosulfure de tétraéthylethiurée) en solution à 5-10 p. 100 en 3 ou 4 applications.

Prophylaxie intéressante par l'usage de savons au tetmosol à 5-10 p. 100.

A. Touraine.

Silverio Gallego Calatayud. — **Deux travaux portugais sur l'affection acarienne dite « du grain » ou gale des céréales (infection par le « Pediculoïdes ventricosus »)** (Dos trabajos portugueses sobre la acariasis llemada del « grano » o sarna de los cereales). *Lecturas dermosifiliograficas de actualidad, Medicina española*, vol. **66**, t. **12**, juillet 1944, pp. 87-88.

Une recrudescence de la gale des céréales, récemment observée au Portugal, a permis à Neves Sampaio et à Arnoldo Tamissa (*Amatus Lusitanus*, 3, 41, 1944) de mettre au point un ingénieux artifice pour rendre plus facile le diagnostic de cette parasitose. Les signes cliniques ne peuvent que faire soupçonner la cause du prurit. Seule la découverte de l'acare est démonstrative. Sa recherche sur la peau est infructueuse. L'examen doit porter sur le matériel végétal parasité. Il est habituel de le pratiquer en raclant les matériaux suspects sur un porte-objet recouvert d'huile. Sampaio et Tamissa utilisent un véritable piège à acares. Deux porte-objets sont réunis l'un contre l'autre et séparés par deux cure-dents; les faces opposées ont été préalablement recouvertes d'une fine couche d'huile d'amandes douces: les porte-objets sont assujettis par une ligature faite avec un fil entrecroisé. Le tout est serré dans une gaze à mailles fines. Le piège est placé au milieu du matériel suspect (paillasses des maisons portugaises). Le jour suivant, les acares pullulent sur les porte-objets.

D'autre part, Arnoldo Tamissa a provoqué expérimentalement l'éruption chez 40 enfants hospitalisés à la maison de la Miséricorde de Lisbonne à l'effet d'étudier jusqu'à quel point les processus d'immunité et de résistance individuelle influent sur le déterminisme de l'acaro-dermatite urticaroïdienne (*acaro-dermatitis urticaroïdes* de Schamberg). Il conclut à la non-intervention des facteurs de l'immunité naturelle. En revanche, l'existence d'une immunité acquise lui paraît certaine.

J. Margarot.

E. W. Thomas. — **Dermatite par Tyroglyphus longior, variété Castellani, dans la poussière du fromage** (Dermatitis due to Tyroglyphus longior, var Castellani, in cheese dust). *The British Journal of Dermatology and Syphilis*, t. **54**, décembre 1942, pp. 313-319.

En manipulant une caisse de fromages, un docker de 49 ans reçoit de la poussière brune qui couvrait ceux-ci. Un jour plus tard, vif prurit de la face, des avant-bras, puis érythème, quelques éléments urticariens, œdème des paupières. Guérison par crème à la calamine. Quatre autres cas identiques et de même origine dans le même entrepôt. Nombreux *T. longior* dans la poussière brune.

Très grande rareté des observations analogues (une seule dans la littérature).

Discussion du mécanisme des manifestations : action du parasite ou, plutôt, dermatite de contact. Étude des tyroglyphidés. A. Touraine.

A. G. Franks et W. L. Dobes. — **D. D. T. dans le traitement de la gale, de larva migrans et de la phtiriase du pubis.** *Arch. of Derm. and Syph.*, **53**, n° 4, avril 1946, p. 381.

La formule utilisée associe la poudre D. D. T. et le benzoate de benzyle :

Benzylbenzoate	68 gr.
D. D. T.	6 gr.
Éthylaminobenzoate	12 gr.
Aérosol (dihexylsodium sulfosuccinate)	14 gr.

(à diluer dans 5 parties d'eau).

Divers essais avec diverses formules (avec ou sans benzoate de benzyle, en pommades ou en émulsion).

Les conclusions sont les suivantes : D. D. T. sans benzoate de benzyle n'a aucune action (pommade ou poudre) contre la gale. L'association D. D. T. + benzoate de benzyle est très active mais n'est pas supérieure à l'émulsion de benzoate de benzyle seul.

D. D. T. en émulsion, pommade ou poudre est très active dans la phtiriase du pubis et n'entraîne pas d'irritation. L. Golé.

4l. — *Dermatoses dues aux vers.*

C. Desportes. — **La dermatite des nageurs.** *Annales de Parasitologie*, **20**, n° 5-6, 1944-1945, pp. 263-278, 1 figure. Bibliographie.

Étude d'ensemble, complète, de cette affection connue aussi sous les noms de « bouton caniculaire des nageurs », « dermatite à cercaires », « Hundsblattern ». « Swimmer's itch », etc. et qui est due à la pénétration à travers la peau des cercaires de certaines bilharzies (vers trématodes).

L'affection est fréquente chez les nageurs en eau douce, dans les lacs des États-Unis et du Canada, en été et surtout dans les années de sécheresse, en eaux basses. En France, elle a été signalée au bois de Boulogne, en Indre-et-Loire, dans la Nièvre. D. en rapporte 2 observations par *Trichobilharzia ocellata*.

Le prurit est très précoce, dès la sortie de l'eau, rapidement vif, souvent bientôt intolérable. Les macules roses, de 1 ou 2 millimètres de diamètre, n'apparaissent qu'une heure ou deux après. Le tout dure 5 jours environ. Quelquefois œdème. urticaire; pas de fièvre; insomnie habituelle. Une immunité naturelle paraît exister chez 1 sujet sur 6; les blonds sont plus sensibles que les bruns. On a signalé des formes papulo-vésiculeuses, pustuleuses par infection secondaire.

La prophylaxie consiste à éliminer les mollusques, hôtes intermédiaires du ver, par faucardage, sulfate de cuivre à 1 p. 500.000.

Le traitement sera essentiellement antiprurigineux (vaporisations de chlorure d'éthyle ou vessie de glace).

A. Touraine.

4m. — *Épidermomycoses.*

J. Muende (Londres). — **Mycologie de la peau** (Mycology of the skin). *British medical Bulletin*, t. **3**, 1945, n°s 7-8, art. 732, pp. 164-167, très courte bibliogr.

Vue d'ensemble sur la classification (Bazin, Sabouraud), les méthodes d'examen (notamment à la lumière de Wood), la clinique, le diagnostic histologique et en culture des principales épidermomycoses.

Dans un commode tableau d'ensemble, M. résume les caractères cliniques et mycologiques des diverses variétés de champignons usuellement rencontrés dans la pratique. L'*Epidermophyton inguinale* y est désigné sous le nom d'*E. floccosum*. C'est un article de vulgarisation, sans données nouvelles.

A. Touraine.

A. Catanei. — **Nouvelles observations sur les teignes en Algérie et dans les colonies françaises.** *Archives de l'Institut Pasteur d'Algérie*, **24**, n° 2, 1946, pp. 116-121. Bibliographie.

En Afrique du Nord, en 10 ans, 660 *trichophyties* dont 42 sur 58 européens dues au *Tr. glabrum* et, sur 660 enfants musulmans 443 par *Tr. glabrum* et 151 par *Tr. violaceum*; 30 microspories, 61 favus. Présence au Cameroun de *Tr. violaceum* et de *Microsporum obesum* et *gallinæ*, à Madagascar de *Tr. umbilicatum*.

Chez des adultes, 4 cas de teignes par *Ctenomyces mentagrophytes*.

A. Touraine.

M. Vaisman. — **Dermatophytides récidivantes à type d'érysipèle fixe** (Recurrent, fixed erysipelas-like dermatophytid). *Arch. of Derm. and Syph.*, **53**, n° 1, janvier 1946, pp. 10-18, 4 fig. Discussion. Bibliogr.

Les lésions récidivantes à type d'érysipèle des extrémités qui viennent compliquer les dermatophytoses des pieds peuvent être d'origine bactérienne ou bien d'origine mycosique. Dans le premier cas, il s'agit de placard d'érysipèle vrai, les streptocoques étant transmis par voie lymphatique à travers les érosions et fissures. Dans le second cas, ces lésions pseudo-érysipélateuses traduisent l'hypersensibilité locale aux toxines mycosiques dérivées du foyer dermatophytique. L'auteur présente un cas de ce dernier type qui est beaucoup plus rare que le premier.

Le diagnostic clinique entre ces pseudo-érysipèles mycosiques et l'érysipèle vrai est basé sur la température (qui peut être normale), sur l'absence du bourrelet marginal typique, la coïncidence possible de deux plaques évoluant à distance, l'absence de foyer infectieux apparent, la bénignité de règle. Les séquelles à type d'œdème ou de fibrose sont absentes. Histologiquement les lésions, dans l'érysipèle vrai, sont à prédominance lymphangitique, elles sont d'ordre « toxique » (périvasculaire) dans l'autre.

L'intradermo-réaction à la trichophytine est dans la plupart des cas fortement positive. La réaction normale (48 heures après) est en général positive, mais peut être faible et même absente.

La réaction immédiate de l'intradermo-réaction au voisinage de l'éruption est intense, témoignant d'une hypersensibilité accrue des tissus — et reproduisant l'aspect de l'exanthème pseudo-érysipélateux lui-même.

Au point de vue traitement, le diagnostic de pseudo-érysipèle dermatophytique indique la nécessité de traiter l'infection primaire mycosique. Les injections intradermiques répétées de trichophytine peuvent éviter les récidives en créant une hyposensibilisation aux toxines. Il semble que l'injection de trichophytine dans la zone atteinte peut être utile en diminuant l'hypersensibilité allergique.

L. Golé.

B. Phillips. — **Le traitement des dermatophytoses par le phénol-camphre** (The phenol-camphor treatment of dermatophytosis). *The British Journal of Dermatology and Syphilis*, t. **56**, novembre-décembre 1944, pp. 219-227, bibliogr.

Cette technique est due à Francis (*J. A. M. A.*, t. **117**, 1941, p. 1973). Phénol et camphre, à parties égales, sont broyés dans un mortier jusqu'à liquéfaction; ce liquide est prêt pour l'usage en badigeonnages quatre fois par jour.

Guérison de 137 mycoses du pied, en 4 à 5 jours, de 83 mycoses de l'aine en

4 à 5 jours, de 10 mycoses de l'aisselle en 5 jours. Rechute dans les 3 mois dans 1,7 p. 100 des cas seulement. Aucune réaction locale ni générale; le traitement a été ambulatoire pour les deux tiers des malades.

A. Touraine.

D. Prehn (Chelsea, U. S. A.). — **Un traitement des épidermophyties** (A treatment for the superficial fungus infections of the skin). *The Urologic and Cutaneous Review*, **50**, n° 7, juillet 1946, pp. 416-418.

Ce traitement a été décrit dans le *J. A. M. A.*, 20 août 1938, p. 685. L'auteur en donne aujourd'hui la formule : acide salicylique : 5 grammes, menthol : 5 grammes, camphre : 10 grammes, véhicule : 80 grammes. Le véhicule peut être une poudre, un liquide ou une pommade. Sur la peau glabre, la poudre est préférable (acide borique pulvérisé : 40 grammes, talc ou kaolin ou silicate d'alumine, etc. : 40 grammes); la poudre est adhésive et appliquée en onction; volatile, elle perd de son action en vieillisant, on la conservera donc dans du cellophane. La peau sera, au préalable, nettoyée au permanganate de potasse à 1 p. 5.000, débarrassée de ses croûtes, vésicules, pustules.

Sur 2.400 malades, guérison en une semaine dans 25 o/o, disparition des champignons toujours en moins de 3 semaines.

Ce traitement a été étendu, avec succès, au prurit anal.

A. Touraine.

4n. — *Dermo-hypodermomycoses.*

J. Watrin et Surdey. — **Blastomycose cutanée à foyers multiples.** *Semaine des Hôpitaux*, année **22**, 21 février 1946, n° 7, pp. 280-283, 5 fig., pas de bibliogr.

Paraphrase d'une observation parue sous le titre de Blastomycose de Gilchrist et sous la signature de Watrin, Jeandidier, Michon et Seyot dans les *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, 8e série, tome **5**, nos 1-2, janvier 1945, p. 27.

A. Touraine.

4o. — *Dermatoses par protozoaires.*

W. Wilson et M. Hurewits. — **L'amibiase cutanée.** *The Medical Clinics of North America* (Philadelphie), t. **30**, mars 1946, n° 2, pp. 411-420.

Chez un dysentérique depuis quelques mois, large ulcération végétante de la marge de l'anus, douloureuse. Guérison rapide par l'émétine. Intérêt de la recherche de l'amibe dans l'exsudat ou, par biopsie, dans les granulations de la plaie.

A. Touraine.

4r. — *Dermatoses par ultra-virus.*

G. Roussy, M. et P. Guérin. — **Sur un papillome infectieux du rat, type « molluscum contagiosum ».** *Bulletin de l'Académie de Médecine*, année **109**, 3e série, t. **129**, nos 33, 34 et 35, séance du 23 octobre 1945, pp. 598-603 (3 photos).

Les auteurs relatent 4 observations de papillomes infectieux survenus chez des rats femelles âgées de 3 à 15 mois. Ces tumeurs siégeaient sur les orteils ou sur la queue; leur volume était celui d'un noyau de cerise aplati, formant une masse surélevée, à surface grenue, légèrement papillomateuse.

Histologiquement elles présentaient la structure d'un papillome infectieux du type

molluscum contagiosum : végétations papillomateuses constituées par une hypertrophie considérable de l'épiderme entourant des axes conjonctivo-vasculaires à collagène abondant avec réaction inflammatoire de type lympho-plasmocytaire à leur base. Le corps muqueux de Malpighi, très hypertrophié, était constitué par des cellules contenant des inclusions cytoplasmiques analogues aux « corps de Bollinger » de l'épithélioma contagieux de la poule : éléments arrondis, homogènes, acidophiles, distendant les cellules, refoulant leur noyau à la périphérie, et augmentant d'importance vers les couches superficielles.

Les essais de transmission se sont montrés positifs dans deux cas où les animaux âgés d'un mois et demi avaient reçu à la racine de la queue des scarifications suivies de friction avec des fragments tumoraux; après une incubation de 3 mois, les tumeurs ont évolué en un mois et disparu aussi rapidement. La structure était celle du *molluscum contagiosum*. On peut admettre qu'il s'agit là d'une variété rare de papillome infectieux, transmissible, se rangeant aux côtés de la papillomatose du lapin de Shope, et due vraisemblablement à un ultra-virus de même nature que le *molluscum contagiosum*. LUCIEN PÉRIN.

W. GERTLER (Breslau). — **Importance des troubles de la circulation périphérique pour le développement des verrues planes, juvéniles et vulgaires** (Die Bedeutung peripherer Durchblutungsstörungen für das Auftreten von planen juvenilen und vulgare Warzen). *Medizinische Klinik*, année **40**, nos 29-30, 21 juillet 1944, pp. 435-438.

Sur 115 porteurs de verrues, 95 montraient une forte acrocyanose. La pression artérielle n'a jamais dépassé 13 et est tombée jusqu'à 6,5 (chiffres moyens : 9 de 5 à 14 ans, 11 à 12 de 15 à 65 ans, 13 après 65 ans). Il existe habituellement une hyperidrose locale; les températures superficielles et sous-cutanée sont abaissées (de 21°4 à 28°1 avec moyenne de 25°6 pour la seconde; on note un élargissement du segment intermédiaire à l'examen capillaroscopique.

Ces diverses conditions s'observent dans les régions de prédilection des verrues. Elles font le terrain spécial sur lequel se développe le virus des verrues, comme, d'ailleurs, le granulome annulaire et diverses autres infections. Elles doivent être l'objet d'une thérapeutique appropriée.

A. TOURAINE.

S. THOMSON. — **Le traitement des verrues plantaires par le formol** (The treatment of plantar warts by formalin). *The British Journal of Dermatology and Syphilis*, t. **55**, novembre 1943, pp. 267-269.

Découverte accidentelle de ce mode de traitement. Chaque nuit, application pendant 10 minutes d'une solution aqueuse de formol à 3 p. 100 (protéger les régions à peau fine).

Essayée chez 40 sujets (dont la majorité étaient des enfants à l'âge scolaire), cette méthode n'a donné que deux échecs, mais six seulement ont été gardés en observation deux ou trois mois, ils n'ont pas eu de récidives. La douleur disparaît en sept à dix jours; en trois semaines, la verrue est assez macérée pour être curetée facilement. A. TOURAINE.

4s. — *Neuro-ectodermoses par ultra-virus.*

GASTINEL et R. FASQUELLE. — **Sur l'évolution chez le lapin des lésions vaccinales allergiques pendant l'incubation de la primoinfection virulente.** *Annales de l'Institut Pasteur*, t. **69**, nos 9-10, septembre-octobre 1943, p. 319.

A partir du quatrième jour après une première insertion virulente cutanée s'éta-

blit un état nouveau de réceptivité du tégument et à dater de ce moment le virus ne provoque pas une lésion de vaccine normale, mais se borne à déterminer un processus papulo-érythémateux qui ne s'ulcère pas, analogue à celui qui s'observe avec la vaccination chez un lapin immunisé.

H. RABEAU.

GASTINEL et R. FASQUELLE. — **Du moment où s'établit chez le lapin l'immunité du névraxe à l'égard du neuro-virus vaccinal.** *Annales de l'Institut Pasteur*, t. 69, n°s 11 et 12, novembre-décembre 1943.

Les A. ont cherché à préciser le moment où s'installe un état réfractaire du névraxe à l'égard d'un neuro-virus introduit dans le cerveau d'un animal pendant la période d'incubation et d'évolution de sa lésion primo-vaccinale cutanée.

L'apparition de cette non-réceptivité se situe entre le 4e et le 6e jour, mais elle ne s'installe pas suivant la loi du tout ou rien, et déjà 90 heures après la vaccination tégumentaire existera un état de résistance névraxique cérébrale.

H. RABEAU.

LEBOURG et BUREAU. — **Stomatite herpétique familiale épidémique.** *Société de Stomatologie de France*, 19 mars 1946.

Observations de quatre cas survenus dans une même famille à quatre ou cinq jours d'intervalle. Les A. considèrent que la stomatite érythémateuse présentée par la mère, qui fut la première atteinte, n'est qu'une forme abortive de stomatite herpétique.

A. TOURAINE.

C. SIMON. — **L'herpès du col de l'utérus. Les preuves, clinique et expérimentale de son authenticité.** *Le Bulletin Médical*, année 59, n° 21, 21 septembre 1945, p. 303.

Dans cette lettre à un médecin-praticien S. précise les caractères de l'herpès du col qui s'accompagne de l'adénopathie pelvienne, qu'il a décrite avec J. Bralez dans le chancre du col utérin, et qu'il faut savoir chercher. Cette adénopathie persiste après la disparition de l'herpès. L'inoculation du liquide de la vésicule d'herpès à la cornée du lapin établit l'authenticité de cet herpès.

H. RABEAU.

L. WHITMAN, M. J. WALL et J. WARREN. — **Herpes simplex encephalitis. Etude de deux cas mortels.** *The J. A. M. A.*, 131, n° 17, 24 août 1946, pp. 1408-1411. Bibliographie.

Des publications récentes semblent faire admettre que le virus de l'herpès simplex est susceptible de réaliser chez l'homme une encéphalite d'emblée.

Les auteurs, dans deux cas personnels rapportés ici, avec leur protocole d'autopsie, ont retrouvé avec les lésions macroscopiques décrites antérieurement les inclusions intranucléaires acidophiles décrites par Smith, par Zarafouetes et leurs collaborateurs, qu'ils ont mis en évidence par des techniques particulières. Ils ont également pratiqué des inoculations chez la souris, le cobaye, et production de pustules par passage sur la membrane chorio-allantoïdienne de l'embryon de poulet.

L. GOLÉ.

E. J. S. WOOLLEY. — **Zona dans une collectivité isolée** (Herpes zoster in a isolated community). *British Medical Journal*, March 16th, p. 392.

Dans l'île de Tristan da Cunha vivent 220 personnes qui n'ont jamais eu de varicelle ou toute autre maladie exanthématique ou infectieuse. En mai 1943, zona chez une femme de 70 ans. En décembre 1943, zona intercostal chez un homme de 79 ans et en mars 1944, troisième cas de zona chez un homme de 33 ans.

L'auteur insiste sur les mauvaises conditions de vie et de surpeuplement de l'île malgré cela aucun cas de varicelle ne s'est déclaré.

L'auteur pense que le zona peut être dû à un virus neurotrope autre que celui de

la varicelle et que, dans les cas précédents, l'intervalle entre chacun d'eux étant beaucoup plus long que l'incubation présumée il doit y avoir eu contamination de sujets non immunisés par des porteurs de germes étrangers à l'île (Personnel sud-africain et de la Marine).

MANSOUR.

H. BLANK (Chicago) et J. BEST (Detroit). — **Un cas de zona de siège inusité** (A. case of herpes zoster with unusual distribution). *The Urologic und Cutaneous Review*, **50**, n° 7, juillet 1946, pp. 411-412, 2 figures.

Le plexus sacré n'est atteint que dans 2 o/o des zonas. Chez une femme de 34 ans, celui-ci siégeait sur la petite lèvre gauche, le clitoris et, deux jours plus tard, sur la fesse gauche.

A. TOURAINE.

H. SCHOEFFER et ROSSERT. — **Zona dissocié de la VIIIe paire, de la Ve paire et du ganglion géniculé, avec atteinte cervico-thoracique.** *Paris Médical*, année **34**, n° 24, 30 décembre 1944, pp. 264-266.

Les auteurs relatent l'observation d'un sujet de 45 ans ayant présenté un zona étendu, intéressant les nerfs rachidiens et les nerfs craniens du côté gauche. Les métamères intéressés étaient pour les nerfs rachidiens les quatre premiers métamères dorsaux et les six derniers métamères cervicaux. Parmi les nerfs craniens étaient intéressés : le noyau sensitif du trijumeau dans sa totalité (hypoesthésie douloureuse de la face et du palais), le ganglion géniculé (anesthésie douloureuse du tympan, du conduit auditif externe, perte de la perception du goût sur l'hémilangue gauche), le nerf acoustique (atteinte du vestibulaire et intégrité relative du cochléaire). L'atteinte du cochléaire se manifestait simplement par des bruits subjectifs sans hypoacousie appréciable. L'atteinte vestibulaire se manifestait au contraire par des vertiges, un certain déséquilibre statique et cinétique avec latéro-pulsion du côté lésé, mais surtout une inexcitabilité totale du vestibule persistant vingt mois après le zona. Cette discordance entre les signes objectifs d'origine cochléaire et les signes objectifs d'origine vestibulaire d'une part, les symptômes subjectifs et objectifs vestibulaires d'autre part, mérite d'être soulignée.

L'intégrité du facial, complète chez ce malade, contrastait avec l'atteinte du ganglion géniculé. Cette intégrité exceptionnelle dans les zonas de l'auditif, peut être invoquée en faveur d'une propagation de l'infection par voie méningée ou d'une lésion nucléaire primitive.

LUCIEN PÉRIN.

J. DECOURT. — **Zona des VIIe et IXe nerfs craniens suivi d'un syndrome encéphalitique.** *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, 3e série, année **59**, nos 10, 11, 12, 1943, p. 169.

Un malade de 77 ans atteint d'un syndrome parkinsonien a présenté un zona double intéressant à la fois le territoire du glossopharyngien et celui du facial à droite. La paralysie faciale s'est installée en même temps que l'éruption du voile du palais. Par la suite se sont développés, en plusieurs étapes, des troubles complexes indiquant une atteinte encéphalitique bilatérale : narcolepsie nocturne, troubles psychiques avec délire onirique, instabilité du pouls, de la respiration, de la température et de la pression artérielle, atteinte bilatérale de la IIIe paire, paralysie de la VIe paire gauche, hémi-syndrome pyramidal droit. D. est tenté d'attribuer tous les symptômes à l'infection zostérienne

H. RABEAU.

J. LHERMITTE et BASLER. — **Sur certaines complications viscérales du zona** *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, 3e série, année **60**, 1944, nos 5, 6, 7, 11, 75, 78.

Chez un homme de 39 ans bien portant, indemne de spécificité, apparition d'un zona d'allure bénigne qui s'irradie dès le premier jour. Rapidement hoquet, d'abord intermittent, puis subcontinu, accompagné de spasme de la glotte inquiétant, de sensations de brûlures œsophagiennes et gastriques, enfin des vomissements incoercibles avec hématémèses noires et melæna. La température s'élève, des symptômes en rapport avec une adultération de la moelle se dévoilent, la situation reste préoccupante une dizaine de jours, puis tout se calme ; le malade guérit sans séquelle.

Il semble dans ce cas que le processus zostérien, d'abord limité au 8e métamère dorsal, s'est accusé sur le bulbe rachidien par une évolution ascendante et que c'est à l'excitation du vago-spinal que l'on doit rapporter les étranges manifestations qui ont donné une physionomie si particulière à ce zona dorsal.

H. Rabeau.

L. Michaux, Mlle Granier et R. Lacombe. — **Les paralysies zostériennes et le zona à début paralytique.** *La Presse Médicale*, année **51**, n° 39, 16 octobre 1943, p. 571.

Les paralysies zostériennes apparaissent le plus souvent dans les jours qui suivent l'éruption, se superposant au territoire éruptif. L'observation ici rapportée a trait à un homme de 44 ans chez lequel un zona cervico-brachial est apparu trois mois après la constatation d'une amyotrophie de même siège. Il a été suivi de paralysie et d'accentuation de l'amyotrophie préexistante. Les A. discutent l'hypothèse dualiste : un zona authentique se serait développé sur le point d'appel d'une lésion radiculo-médullaire de cause indéterminée responsable de l'amyotrophie. Mais rien ne leur paraît s'opposer à la conception de zonas débutant par la corne ou la racine antérieure et ne s'accompagnant que tardivement d'atteinte radiculo-ganglionnaire postérieure.

Élargissant l'hypothèse, on peut se demander si le zona ne comporte pas des formes motrices pures ou sensitivo-motrices sans éruption expliquant certaines névrites des membres survenant de façon quasi-épidémique et coïncidant avec les épidémies de zona.

H. Rabeau.

M. Kobro (Oslo). — **Autres observations de zona au cours d'affections spinales** (Further Observations on Zoster and Spinal Diseases). *Acta medica scandinavia*, vol. **104**, fasc. 1-2, 23 avril 1940, pp. 1-7.

A 2 cas antérieurs (zona avec spondylite tuberculeuse) K. en ajoute 4 nouveaux dans lesquels le zona s'est développé sur le territoire de nerfs intéressés par une lésion spinale (fusion traumatique de 2 vertèbres cervicales, myélomatose de la 5e vertèbre dorsale, lymphogranulomatose de la 6e vertèbre dorsale, subluxation entre la 4e et la 5e vertèbres lombaires).

A. Touraine.

P. Chataing. — **Une observation rare de douleurs radiculaires par arachnoïdite après zona.** *Thèse Lyon*, 1944, n° 10, 35 pages, bibliographie.

Après une brève étude des réactions méningées dans le zona et des arachnoïdites, l'A. rapporte succinctement l'observation d'un homme de 75 ans qui conserve des douleurs vives et continues 4 ans et demi après un zona intercostal. Une laminectomie de D_8 et D_9 permet de constater une arachnoïdite interne avec plaque calcifiée. L'ablation et la dissection des tractus fibreux arachnoïdiens ont été suivies de la disparition complète des douleurs.

L'A. rapporte une observation très analogue de Paulian, Dometrescu et Cardas (*Bull. de la Soc. méd. hôp. Paris*, 26 février 1934, n° 6), la seule qu'il ait pu trouver, dans la littérature, d'arachnoïdite constatée, elle aussi, chirurgicalement.

A. Touraine.

R. Hunt-Cooke et J. Mac Lean. — **Herpes zoster and varicella.** *British medical Journal*, n° 4391, 3 mars 1945, p. 318.

♂ de 63 ans, zona de l'épaule droite, débutant le 1er janvier 1945, encore en activité le 28 janvier. Dans la même maison, une fille de 4 ans a la varicelle le 24 janvier, sans avoir eu de contact avec d'autres varicelleux.

A. Touraine.

J. Taylor. — **Zona et varicelle** (Herpes zoster and Chicken-pox). *British medical Journal*, n° 4420, 22 septembre 1945, pp. 385-386, très courte bibliographie.

Rappel, sans observations nouvelles, de Von Bokay (1907), Heim (1912), Le Feu-

vre (1917) et de l'auteur lui-même (1920) [Pas de mention des autres travaux, notamment de ceux de Netter, en France, *An*]. Les rapports cliniques entre les deux affections sont, d'après Le Feuvre, de trois ordres : varicelle contractée auprès d'un zona (41 cas), zona après contact avec une varicelle (5 cas), zona et varicelle simultanés chez le même sujet (les vésicules pustules aberrantes de certains zonas sont identiques à celles de la varicelle).

A. TOURAINE.

PETERSON et S. A. BLACK. — **Varicella herpetiformis.** *British Medical Journal*, 18 May 1946, p. 762.

I. — En janvier 1945, une femme vient avec zona thoracique droit. 15 jours plus tard, sa fillette en bas âge est atteinte de varicelle et, 3 jours après, sa fillette âgée de 5 ans est aussi atteinte.

II. — En septembre 1945, une maîtresse d'école est atteinte de zona du membre inférieur et fesse droite. Seize jours après, son neveu âgé de 9 ans, qui habitait avec elle, avait une varicelle confirmée. Deux semaines plus tard, d'autres enfants de l'école contractaient la varicelle.

Ces cas se sont produits dans une île du Shetland où les habitants vivent dans des demeures espacées et où la moindre épidémie a son origine nettement délimitée par les insulaires eux-mêmes.

Dans les observations citées plus haut, aucun autre cas de varicelle n'avait été constaté dans cette île. Mais il y eut deux autres zonas, un en avril et un en juillet.

MANSOUR.

ROGER VIEILLEFOSSE et RENÉ BRESSON. — **Zona et varicelle en captivité.** *Le Bulletin Médical*, année **59**, n° 19, 1er septembre 1945, p. 268.

Sur une centaine d'observations de zona observées en 2 ans à l'Oflag IV B (4.000 prisonniers), 2 observations à retenir, l'une de contagion zona varicelle, l'autre de coexistence de zona et de varicelle.

H. RABEAU.

S. SIGWALD. — **Le traitement du zona et des algies zostériennes par les antihistaminiques de synthèse.** *La Presse Médicale*, année **52**, n° 18, 25 novembre 1944, n° 18, p. 279.

La constatation d'une légère augmentation de l'histamine sanguine au cours du zona a incité S. à utiliser les antihistaminiques de synthèse (2339 R. P. et 2786 P. P.), le plus souvent par voie buccale. 30 observations. Action nette sur l'éruption et la douleur locale. La précocité du traitement est un facteur de réussite. 16 cas de zonas douloureux, 10 bons résultats. Le traitement tardif a été constamment inefficace. Il est prématuré d'esquisser une interprétation pathogénique de ces faits; en outre de l'action antihistaminique, on peut se demander si cette série de corps ne possède pas une action antalgique propre.

H. RABEAU.

L. JUSTIN-BESANÇON. — **Traitement du zona par les injections intraveineuses de novocaïne.** *Le Phare Medical*, n° 217, juillet-décembre 1943, p. 35.

L'auteur rappelle les nombreuses méthodes proposées contre les douleurs post-zostériennes qui ont toutes à leur actif échecs et succès : injections intraveineuses d'eau d'Uriage, novarsénobenzol, choc par vaccins, autohémothérapie, etc..., agents physiques. Il insiste sur le caractère sympatalgique de ces douleurs, qui justifie l'essai de traitement par les injections intraveineuses de novocaïne qui ont été proposées également non seulement dans l'embolie pulmonaire post-opératoire, les comas post-opératoires en neuro-chirurgie mais aussi dans l'intolérance aux arsenicaux, l'anurie post-arsénobenzolique, etc...

Technique. — Injections, à jeun, de préférence intraveineuse lente de 5 à 10 centimètres cubes d'une solution de novocaïne à 1 o/o, sans adrénaline. Pas d'incidents observés dans les cas les plus divers.

Résultats. — Résultats intéressants dans une statistique de 15 cas, cessation rapide des douleurs (10 minutes à 12 heures) chez 7 malades jeunes, et dans des zonas récents chez des malades ayant dépassé la quarantaine après une à trois injections quotidiennes (2 échecs sur 6 cas). Dans les zonas datant de plus de 15 jours, l'auteur compte un succès après deux injections et un échec après 3 injections. La rapidité d'action permet de conclure à l'action manifeste de ce traitement dans un certain nombre de cas tout au moins.

L. Golé.

4t. — *Dermatoses par cocci.*

I. L. Rosshansky. — **Maladies pyococciques de la peau** (Gnoïnitchkovie bolezni kogi). *Éditions d'État de Littérature médicale « Medgiz »*. Moscou, 1943, 116 pages.

Parallèlement à un résumé des travaux français et allemands qu'il connaît bien, l'auteur fait part de sa propre expérience thérapeutique. C'est là la partie originale de cette revue générale, d'ailleurs précise, claire et pratique.

La classification des pyodermites est celle de Jadassohn (1912) à laquelle sont adjoints, sous la rubrique « Pyodermites atypiques », l'eczéma microbien, l'érythrodermie streptococcique (1 page), les pyodermites chroniques végétantes et ulcéreuses.

L'ensemble est complété par l'analyse de l'ordonnance n° 1105 qui « planifie » pour l'U. R. S. S. la lutte contre les pyodermites.

Malheureusement la présentation typographique est fort dense, les titres rares et toute illustration fait défaut.

P. de Graciansky.

E. Arquie, P. Temine et Luszynski. — **Les pyodermites des noirs et leur évolution.** *Médecine Tropicale*, année **5**, n° 2, avril-mai-juin 1945, pp. 147-149.

Beaucoup de pyodermites revêtent chez le Noir le même aspect que chez le Blanc. Cependant certaines pyodermites ont une allure spéciale au Noir. C'est d'abord la fréquence de lésions élémentaires du type papule, à laquelle le quadrillage de la peau noire à sillons nettement creusés donne un aspect lichénoïde.

En outre, la peau noire se défend mieux que la peau blanche; elle réagit par fibrose et hyperkératose à des lésions banales, et barre ainsi la route à l'echtyma, au furoncle, à l'anthrax. Enfin, dans les lésions résiduelles on observe souvent une dyschromie.

L. Ferrabouc.

P. O'Leary et R. Kierland (Rochester). — **Pyodermose faciale** (Pyoderma faciale). *Archives of Dermatology and Syphilology*, t. **41**, n° 3, mars 1940, pp. 451-462.

Les A. attirent l'attention sur un type de pyodermites de la face qu'ils estiment très particulier et qu'ils ont observé dans 13 cas sur 1.600 d'acné chez la femme de plus de 15 ans. Ils n'en ont pas trouvé mention dans la littérature. Voici les caractéristiques :

Début brusque, « fulminant » chez des femmes jeunes. Stricte localisation à la face (front, joues, menton). Dans plus de la moitié des cas, pas d'acné vulgaire antérieurement.

Symptômes. — Érythème intense allant jusqu'à la cyanose, abcès superficiels et

profonds, formations kystiques profondes, pus fluide jaune verdâtre (huileux dans les kystes). Limite assez nette avec les parties saines. Léger gonflement; souvent cicatrices chéloïdiennes. Peu ou pas de séborrhée du cuir chevelu ou d'autres régions. Pas d'acné thoracique. Pas de signes généraux.

A l'appui de cette description O'L. et K. rapportent 4 observations puisées dans la littérature et 4 personnelles.

Étiologie. — Pas de tuberculose radiologique chez 12 malades sur 13. Tests à la tuberculine négatifs 4 fois sur 5; pas de lésions histologiques de tuberculose; inoculations au cobaye, négatives. Dans 6 cas sur 13, foyer local (dent ou amygdale); dans 6 cas, acné antérieure; dans 7 cas, séborrhée du cuir chevelu. Poussées au moment des règles 4 fois sur 13; teneur normale en substances œstrogènes ou gonadotropes; métabolisme basal régulier. Anémie modérée dans 9 cas.

Durée. — 1 mois à 1 an; parfois rechutes.

Traitement. — Tantôt lotions soufrées, radiothérapie ou rayons U. V. Tantôt extraits ovariens ou thyroïdiens.

A. Touraine.

M. Beaudry (Québec). — **Staphylococcie cutanée. Répercussion sur l'état général.** *L'Union médicale du Canada*, t. **69**, n° 3, mars 1940, pp. 278-281.

Concise mais claire revue d'ensemble sur l'impétigo, le sycosis, le furoncle, l'anthrax, les hydroadénites dus au staphylocoque et sur leur traitement.

A. Touraine.

C. Brück (Helsingfors). — **Altérations cutanées produites par des injections répétées de staphylotoxine diluée dans l'oreille du lapin** (Skin Changes in Rabbits' ears produced by repeated injections of diluted staphylotoxin). *Acta Dermato-Venereologica*, vol. **23**, suppl. VIII, 1942, 1 vol., 86 pages, suivi des protocoles de toutes les expériences, 6 figures en noir, 3 figures en couleurs.

L'A. rappelle que depuis l'ère pastorienne, la dermatologie a étudié la flore cutanée et que depuis Unna, on a cherché à préciser le rôle de cette flore dans l'eczéma. Dans ces études, le staphylocoque a toujours été en vedette. La question se complique du fait que ses réactions allergiques prennent souvent l'aspect de l'eczéma, et qu'on doit toujours se demander si une réaction eczématoïde produite avec une toxine doit être considérée comme un effet toxique immédiat, ou si la toxine n'agit ici que comme le ferait un antigène quelconque.

C. B. a, pour sa part, voulu étudier les altérations cutanées produites par la toxine staphylococcique.

Après un aperçu théorique de la question toxine-antitoxine, il indique les propriétés particulières de la staphylotoxine, son mode de préparation; comment on mesure son pouvoir toxique; et il fait une étude analogue de l'antitoxine staphylococcique. Puis il aborde le chapitre de l'immunité, et rappelle les recherches antérieures sur l'action locale de la staphylotoxine. Puis vient le compte rendu de ses propres recherches sur l'oreille du lapin. Il expose sa technique. Il emploie des doses de 0,50 à 1 centimètre cube et fait des injections répétées, de façon que les réactions aiguës de chacune viennent empiéter un peu sur la précédente, et ainsi jusqu'à ce que l'immunité locale acquise fasse cesser toute réaction.

Il obtient ainsi de la rougeur de l'œdème, une chute des poils, et l'hyperkératose et de la papillomatose. La nécrose doit être évitée. Des injections de contrôle d'eau salée et de bouillon sont faites sur l'autre oreille.

C. B. croit à l'origine toxique et non allergique de ces réactions, puisqu'elles vont en diminuant au lieu de s'exagérer, ce qui prouve une immunisation. D'ailleurs, l'injection de mélange toxine-antitoxine n'amène aucune réaction et peut même faire de l'immunisation passive chez des lapins avant d'inoculer sa toxine.

Il donne ensuite une description histologique des lésions ainsi obtenues (3 figures).

Et, ceci fait, il reconnaît que ces lésions ne rappellent en rien celle de l'eczéma. Ces lésions d'ailleurs, ne sont nullement spécifiques. On obtient les mêmes avec d'autres toxines, celle du streptocoque par exemple.

A. Civatte.

Ch. Flandin et J. L. Chapuis. — **Septicémie à staphylocoques dorés mortelle à la suite d'une injection de 4 cm³ de Propidon pour un anthrax de la région sacrée.** *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, 3e série, année **59**, 1943, nos 28, 29, 30, 31, p. 408.

Un homme de 28 ans présente un anthrax de la région sacrée. Après quelques jours de soins locaux, un médecin lui injecte 4 centimètres cubes de propidon. Le soir même, frisson, fièvre à 40°, état général critique. Le lendemain, état septicémique. Malgré 8 grammes de soludagenan et Lugol qui amènent une chute thermique, les signes cliniques persistent, et le malade quitte l'hôpital mourant.

H. Rabeau.

J. Bigger et G. Hodgson. — **L'impetigo contagiosa ; sa cause et son traitement** (Impetigo contagiosa : its cause and treatment). *The Lancet*, 1er sem., 1er mai 1943, pp. 544-547.

125 ♂ et 5 ♀ atteints d'impétigo mélicérique ont donné lieu à 230 cultures sur gélose au sang avec ou sans violet de gentiane à 1/500.000.

Les staphylocoques (dont 95 p. 100 de *Staph. pyogenes* coagulant le plasma humain) et les streptocoques hémolytiques (dont 86 p. 100 du groupe A de Lancefield) ont été beaucoup plus fréquents que les autres microbes : staphylos dans 97 p. 100 des cas (dont 67 p. 100 sans strepto), streptos dans 32,2 p. 100 (dont 2,1 sans staphylo). Le strepto a été isolé dans 22 p. 100 de cas de moins de 8 jours et dans 77 p. 100 des cas de plus de 35 jours.

21 cas ont été traités par des sulfamides en pommade avec guérison en moins de 10 jours dans 75 p. 100 des cas; les résultats dans 19 cas traités par de simples pâtes protectrices ont été presque aussi bons. 14 cas traités seulement par l'ablation des croûtes ont tous guéri en une moyenne de 10 jours.

A. Touraine.

H. Smith. — **Méthode préventive de l'impétigo bulleux du nouveau-né.** *L'Union médicale du Canada*, **75**, no 4, avril 1946, p. 465.

L'impétigo bulleux ou pemphigus épidémique des nouveau-nés peut être évité en respectant l'enduit sébacé protecteur de la peau du nouveau-né et en luttant par des mesures d'asepsie contre les agents microbiens.

Depuis juin 1944, l'auteur emploie la technique suivante du non lavage. Immédiatement après la naissance on pratique un nettoyage *partiel* de l'enfant; avec une compresse stérilisée enlever délicatement une partie seulement de la matière grasse et visqueuse des régions cervicales, axillaires, inguinales et interfessière. Nettoyer également sans friction, les régions souillées par le sang maternel ou le méconium. Les jours suivants, nettoyage partiel à l'eau bouillie des régions souillées par les selles, séchage et poudre de talc. On pourra commencer 24 ou 36 heures après les lavages quoditiens à l'eau bouillie et au savon, huile antiseptique dans les replis cutanés. Résultats remarquables : aucun cas de pemphigus du nouveau-né depuis cette date. Mais les autres précautions ne doivent cependant pas être négligées (stérilisation à l'autoclave des vêtements, literie, serviettes et éponges du bébé; port, par la garde-malade, d'un masque et de gants stérilisés, etc...).

L. Golé.

MARY SMITH et E. C. JONES. — **Traitement de l'impétigo. Valeur du liniment à la calamine et quelques inconvénients mineurs du traitement local par les sulfamides** (Treatment of impetigo. The virtues of calamine liniment and some minor drawbacks of local sulphonamide therapy). *British medical Journal*, n° 4402, 19 mai 1945, pp. 699-700.

Les antiseptiques ne sont pas nécessaires pour guérir l'impétigo. Leur usage (mercuriaux, teintures, sulfamides, etc.) fait courir le risque d'une aggravation désastreuse. L'insuccès d'un traitement initial par les sulfamides seules expose à des phénomènes de sensibilisation qui rendent le traitement ultérieur plus difficile. Les auteurs recommandent des applications larges et continues de la pommade suivante : lanoline (2,5), cire (2,5), calamine (3,5), huile d'olive (20), eau (80).

A. TOURAINE.

H. A. DEWAR. — **Traitement de l'impétigo par la pénicilline** (Treatment of impetigo). *British medical Journal*, n° 4406, 16 juin 1945, pp. 853-854.

Comparant les résultats d'une pommade sulfamidée à 15 o/o et ceux de pulvérisations bi-quotidiennes avec une solution de pénicilline à 200 U. par centimètre cube, D. pense que celle-ci agit probablement un peu mieux et est plus agréable dans son emploi pour le malade. Mais un obstacle réside dans la rapide détérioration de la pénicilline à la température de la chambre.

A. TOURAINE.

G. CATHERINE. — **L'association iode-sulfamide dans le traitement de l'impétigo et des dermatoses impétiginées** *Thèse Paris*, 1944, 40 pages dactylographiées, bibliographie.

Après quatre observations d'échecs du sulfathiazol (2090 R. P.) pris par la bouche dans divers impétigos, l'A. adjoint à ce sulfamide la solution de Lugol *per os* (5 gouttes par jour avant 1 an, 8 gouttes à 18 mois, 10 à 20 chez l'enfant, 30 à 40 chez l'adulte) selon la méthode de Legroux et Lenormant, et sans traitement local.

10 impétigos strepto-staphylococciques, 5 dermatoses impétiginées, 11 gales ou pédiculoses infectées avec pyodermites ont été ainsi traités avec succès. La dessiccation est obtenue en deux jours en moyenne et la guérison en 3 à 6 jours.

A. TOURAINE.

A. BURROWS, B. RUSSELL et H. MAY (Londres). — **Penicillothérapie du sycosis de la barbe** (The treatment of Sycosis barbæ by penicillin cream). *The British Journal of Dermatology and Syphilis*, vol. **57**, n°s 5-6, mai-juin 1945, pp. 97-101, bibliographie.

Une crème à 200 U. de pénicilline par gramme a donné les résultats suivants : 1° 8 cas datant de moins d'un an : 4 guérisons en 3 semaines en moyenne, 2 améliorations dont 1 passagère, 2 échecs; 2° 13 cas datant de 1 à 14 ans : 6 guérisons en 6 semaines, 7 améliorations dont 1 passagère. Son emploi doit être aseptique [?].

A. TOURAINE.

H. STOTT (Kerugoya, Kenya). — **Traitement de l'anthrax par la pénicilline** (Treatment of human cutaneous anthrax with penicillin). *Bristish medical Journal*, n° 4412, 28 juillet 1945, p. 120.

♂ de 70 ans, gros anthrax de la nuque depuis 5 jours. 200.000 U. de pénicilline en injections de 20.000 U. toutes les 3 heures. Chute de la température, amélioration de l'état général et local en 16 heures. Chute de l'escarre en 54 heures. Convalescence en 17 jours, retardée par une pneumonie.

Dans 3 autres cas, Murphy (J. A. M. A., t. **126**, p. 948) a obtenu la guérison avec 200.000 à 400.000 U. (100.000 par jour).

A. TOURAINE.

MINET, WAREMBOURG et LINQUETTE. — **Staphylococcies et pénicillothérapie.** *Société de Médecine du Nord*, 30 novembre 1945.

4 cas : 1 échec dans une staphylococcie maligne de la face avec ostéomyélite abcédée de l'humérus (dose : 1.000.000 u.); 3 succès dans un œdème malin de la nuque et du tronc, une septicémie avec arthrite purulente du genou, une septicopyohémie avec localisations multiples. Dans ces 3 cas, la pénicilline a été donnée à des doses de 1.500.000 à 4.500.000, en même temps que des sulfamides et des vaccins. A. TOURAINE.

DONZELOT, BARDIN, SENECAL et L. DURUPT. — **Septicémie à staphylocoque guérie par la pénicilline.** *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, 4e série, année **61**, nos 1, 2, 3, 4, p. 47.

Observation d'une malade de 25 ans présentant une staphylococcémie grave ayant pour point de départ un furoncle de la commissure labiale gauche ; hémoculture positive. D'abord radiothérapie locale, puis sulfamides mal supportés restent sans action. État général très grave. De petites doses de pénicilline améliorent rapidement la malade, qui guérit ayant reçu 360.000 U. Des doses plus importantes et mieux réparties eussent certainement évité une complication pleuro-pulmonaire et raccourci l'évolution.

H. RABEAU.

ROGER CATAN, A. CORCOS, H. COHEN et Mme SEROFINO. — **Septicémie à staphylocoques dorés guérie par la pénicilline.** *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, 4e série, année **61**, nos 1, 2, 3, 4, p. 218.

Malade de 21 ans, atteinte de staphylococcémie ayant pour point de départ un furoncle du sourcil droit : foyers pulmonaires traînants, abcès spontané de la cuisse et de la région coccygienne, fièvre en plateau, septicémie à forme typhoïde. En quelques jours la pénicilline a transformé le cours de la maladie et amené la guérison.

H. RABEAU.

R. MARTIN et REBOUL. — **Staphylococcie de la face à point de départ nasal traitée et guérie par les injections locales de pénicilline associées à un traitement sulfamidé.** *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, 3e série, année **60**, no 44, nos 15, 16, 17, 18, p. 232.

Chez une femme de 57 ans, avec staphylococcie de la face à extension rapide, un traitement pénicillé associé aux sulfamides a permis d'enrayer brusquement l'affection qui, 72 heures après, pouvait être considérée comme guérie. Suppression rapide de la douleur, retour de la température à la normale dès la 12e heure, régression des signes locaux, sans suppuration, par suite sans cicatrice.

H. RABEAU.

P. HARVIER, J. ANTONELLI et C. ALBAHARY. — **Staphylococcie maligne de la face guérie par le traitement combiné pénicilline et sulfamides.** *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, 3e série, année **60**, 1944, nos 25 à 40, p. 363.

Jeune homme de 29 ans, retour de captivité dans un état général médiocre, avec un furoncle de l'aile du nez qui présente une staphylococcie maligne de la face, et guérit après une double complication pulmonaire et une phlébite. Une première période de 15 jours ; on vit son état désespéré s'améliorer lentement sous l'action d'un traitement conjugué, sulfamido-pénicilline, radiothérapie ; puis une seconde période de dix jours avec phénomènes pleuro-pulmonaires et phlébite ; une troisième période avec troubles pleuro-pulmonaires de type différent, pleurésie séro-fibrineuse de type bacillaire.

H. RABEAU.

R. MARTIN, B. SUREAU et A. VITTOZ. — **Anthrax de la lèvre supérieure avec traînée lymphangitique indurée de la joue traité et guéri par la pénicilline.** *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, 3e série, année **60**, 1944, nos 15, 16, 17, 18, p. 231.

Homme de 17 ans présentant un anthrax grave de la lèvre supérieure, avec gros cordon lymphangitique. Œdème de l'hémiface droite, adénopathie, fièvre élevée. Des injections de pénicilline sont faites autour de l'anthrax, le bas de l'aile du nez. Elles amènent au bout d'une demi-heure une diminution notable des douleurs,

la température cède en 48 heures. Les signes locaux s'atténuent peu à peu et disparaissent, la collection se résorbe sans suppuration. Il y a eu association des injections locales de pénicilline à l'absorption de méthydiazine.

H. Rabeau.

V. Koszler (Vienne). — **Rapport sur une épidémie de pemphigus** (Bericht über eine Pemphigusepidemie). *Archiv für Kinderheilkunde*, t. **30**, fasc. 1, 1943, pp. 28-34.

Étude d'une épidémie de 22 cas dont 12 légers et 2 suivis de dermatite exfoliatrice. Alors que ces deux affections sont considérées comme distinctes par Kaposi, Ritter, Escherich, etc., d'autres, avec Wieland, Richter, Poole en font des manifestations différentes de la même infection.

La contagion se fait habituellement par les personnes appelées à soigner les enfants : infirmières, impétigo de la joue chez un médecin et inoculation au moment de l'auscultation dans un cas de Finkelstein, panaris d'une blanchisseuse dans un cas de Wieland. Cependant la question reste obscure; l'inoculation de staphylocoques de bulles n'a donné à Nakao que des bulles et jamais de furoncles; la recherche de microbes dans les lésions a été négative pour Wieland, Gaté, Kaufmann, etc. On incrimine habituellement le staphylocoque, quelquefois le streptocoque ou les deux à la fois. Steinmaurer a trouvé, dans les bulles, un virus filtrant dont l'inoculation a reproduit des bulles; un tel virus a été retrouvé, quoique irrégulièrement, par Markoff et Knauer. Pour Urbach et Wolfram le pemphigus épidémique appartient au groupe des maladies à virus; le staphylocoque serait dû à une infection secondaire.

Le traitement a consisté d'abord en injections de germanin (0 gr. 1 à 0 gr. 2 par jour en injection musculaire ou veineuse d'une solution à 10 o/o). Il a été ensuite abandonné pour l'albucid, en ingestion quotidienne d'un quart de comprimé 6 fois par jour. Traitement local par des pommades à l'albucid (1 seul cas de cyanose passagère pendant 1 ou 2 jours).

A. Touraine.

E. W. Flensborg (Copenhague). — **Etude clinique de l'érysipèle avec considération particulière des foyers primitifs d'infections ; difficultés du diagnostic différentiel** (A clinical study of erysipelas with special reference to primary foci of infection and differential diagnostic difficulties). *Acta medica scandinavia* (Stockholm), vol. **112**, 1942, pp. 455-477.

Une enquête portant sur 715 cas indiscutables d'érysipèle, en 4 ans, à l'hôpital Blegdam, a permis les constatations statistiques suivantes :

Rareté dans les mois d'été (30 cas en juin), fréquence en *automne* et en *hiver* (70 cas en septembre et en février).

Répartition selon l'âge : 1 à 10 ans, 7,8 o/o; 10 à 20, 3,6; 20 à 30, 10,5; 30 à 40, 14,3; 40 à 50, 15,4; 50 à 60, 23,2; 60 à 70, 16,4; 70 à 80, 7,8; après 80, 1 o/o. Pour les 49 cas infantiles, plus grande fréquence de 1 à 2 ans et de 2 à 3 ans (12 et 13 cas), rareté avant 1 an (1 cas), et après 5 ans (11 cas de 5 à 10 ans).

Plus grande fréquence dans le *sexe féminin* (69,1 o/o des 715 cas).

Localisation : tête 56,8 o/o, tronc 1,9, membres supérieurs 3,8, membres inférieurs 37,5.

Porte d'entrée de l'infection :

	évidente	vraisemblable	incertaine
	—	—	—
E. de la face	37,5 o/o	20,2 o/o	42,3 o/o
E. du tronc	57,2 »	14,3 »	28,6 »
E. des membres supérieurs.	57,2 »	7,1 »	35,7 »
E. » » inférieurs.	59 »	12,1 »	28,9 »

En ce qui concerne les érysipèles de la face, la porte d'entrée a été une affection des muqueuses dans 8 o/o. Le reste a été souvent consécutif à une infection des voies respiratoires supérieures, des sinus, des oreilles ou des yeux.

La *fréquence des principaux symptômes* ou signes a été : fièvre jusque vers 38° : 91,8 o/o; frisson : 24,2; vomissements : 18,6; rougeur et gonflement : 100; limite nette : 52,3; bords surélevés : 12,9; petits foyers en dehors du foyer principal : 7,7; bulles : 21; vésicules : 5; angine : 10,8 o/o.

20 de ces 715 érysipèles sont arrivés avec d'*autres diagnostics* (pneumonie, diphtérie, angine, mononucléose, ostéomyélite, impétigo, parotidite, etc.).

132 autres malades étiquetés érysipèle étaient des dermites artificielles, phlegmons, lymphangites, zonas et même eczémas, phlébites, érythèmes noueux, furoncles, érysipéloïdes, érythèmes solaires, urticaire, etc.

A. Touraine.

4u. — Dermatoses par bacilles.

C. Kay et C. Livingood (U. S. A.) — **Complications cardiaques de la diphtérie cutanée** (Myocardial complications of cutaneous diphteria). *American Heart Journal*, vol. **31**, n° 6, juin 1946, pp. 744-756, 5 figures. Bibliographie.

Sur 140 soldats américains atteints de diphtérie cutanée sur le front de Birmanie, en 6 mois, dont aucun avec angine, 43,5 o/o ont eu des complications nerveuses, entre 23 et 158 jours (le 70e jour en moyenne), après le début des accidents cutanés. De plus, 7 ont présenté des complications myocardiques (4 fois indiscutables, 3 fois probables), terminées par la mort dans un cas. Le début s'est fait du 20e au 58e jour, la durée a été de 28 à 90 jours. Beaucoup d'autres malades ont eu des symptômes de névrose cardiaque (palpitations, tachycardie, tachypnée). Il existait un rapport net entre la gravité de la diphtérie cutanée et celle de la myocardite.

A. Touraine.

Max Thirion. — **A propos d'un cas de pustule maligne provoqué par une lanière de crin.** *Thèse de Paris*, 1940, Jouve et Cie, éd., 22 pages.

A propos d'une observation du Pr Joannon, considérations édipémiologiques sur le charbon.

Cas clinique : furoncle de la région lombaire, diagnostic de charbon confirmé, chez un malade habitué à se servir d'une lanière de crin au cours de sa toilette. La lanière de crin contenait de nombreuses spores.

A ce propos, l'auteur signale les cas nombreux provoqués par des blaireaux d'importation étrangère (irritation de la peau permettant l'entrée du germe par effraction). Il rappelle l'enquête ouverte en 1921 dans l'armée et la marine anglaises à propos de 92 cas de 1915 à 1925 dont 24 mortels et le danger de certains blaireaux dits « japonais » qui n'ont pas été désinfectés conformément au règlement qui régit l'emploi des crins de cheval en provenance de Chine, comme d'ailleurs certaines laines (van mohair, de Perse), peletan, cachemire des Indes, poils de chameau russe ou de Pékin.

En France, vers la même époque, observation de Delater et Calmel (inoculation à la joue gauche chez un soldat américain et mort par méningite à bacille charbonneux), 3 cas de Roger, 7 cas de Dufourmentel.

En Amérique, Douglas Symmers et D. W. Cady, à la suite d'un cas personnel, examinent 41 blaireaux bon marché et trouvent 32 fois le bacille; 20 à 50 décès sont attribués par an, au charbon.

D'autres cas d'infestation par blaireau ont été signalés aux Pays-Bas, en Italie, et le Pr Ellermann de Copenhague est décédé de pustule maligne contractée par l'usage d'un blaireau.

Tous les produits de l'industrie lainière ou crinière peuvent être dangereux étant donné la résistance de la spore charbonneuse (130° dans un milieu sec, longévité de 10 ans et plus, etc...).

Au point de vue prophylactique l'auteur envisage divers moyens : surveiller l'importation des peaux en provenance de certains pays suspects (Japon, Chine), et dans le cas de blaireaux, etc..., de qualité inférieure, procéder à une ébullition longue avant l'emploi, surveillance bactériologique de tout stock, et, si possible, étui ou enveloppe stérile pour tout objet de toilette avant la mise en vente.

L. Golé.

S. Torrecilla Castellano. — **Traitement de la pustule maligne par l'association de sulfopyridine et de sérum de chien normal** (Tratamiento de la pustula maligna con sulfopiridinassuero canino normal). *Medicina espanola*, année 6, n° 58, novembre 1943, p. 727.

L'auteur applique sur la pustule une pommade à base de sulfopyridine, prescrit l'absorption *per os* de 4 grammes de sulfopyridine et fait des injections profondes et intramusculaires de 8 centimètres cubes de sérum de chien normal. Le jour suivant l'œdème diminue, l'état général est meilleur, la fièvre, moins élevée. Les injections sont répétées aux doses de 60 centimètres cubes, puis de 40 centimètres cubes. L'amélioration s'accentue et se poursuit jusqu'à la convalescence.

J. Margarot.

R. Barthélémy. — **L'érysipéloïde (à propos des pseudo-panaris).** *Le Bulletin Médical*, année 59, n° 10, 1er février 1945, p. 140.

Dans le travail de Rudler sur les pseudo-panaris, B. a été frappé par la lecture de trois observations rapportées aux syndromes « sympathiques », il pense qu'il s'agit vraisemblablement d'érysipéloïde, manifestation due au bacille du rouget du porc. Il justifie son diagnostic en rappelant les caractères cliniques, biologiques et évolutifs de cette affection qui, même pour un médecin averti, peut être difficile à reconnaître.

H. Rabeau.

A. Wüthrich (Königsberg). — **L'arthrite chronique de l'érysipéloïde et ses altérations osseuses visibles radiologiquement** (Die chronische Erysipeloidarthritis mit röntgenologisch sichtbaren Knochenzerstörungsvorgängen). *Bruns' Beiträge*, t. 174, 1942, pp. 98-103.

L'arthrite de l'érysipéloïde de Rosenbach [mieux dénommé : rouget, An] est rare, quoique son existence soit démontrée par des examens radiologiques. Wüthrich a signalé le cas d'un homme de 60 ans chez lequel la persistance pendant 6 semaines d'un rouget grave, rebelle à la thérapeutique, a été expliquée par l'existence d'une arthrite sévère qui fit d'abord penser, par l'intensité des lésions des cartilages, à une infection tuberculeuse et qui persista deux ans et demi. Le début avait été rapide, dès le deuxième jour de l'infection, par une atteinte du pouce et du carpe, puis, un peu plus tard, du poignet et des doigts. La guérison se fit par ankylose ossifiante.

A. Touraine.

G. A. Hodgson. — **Deux cas de rouget traités par la pénicilline** (Two cases of Erysipeloid treated by Penicillin). *British medical Journal*, n° 4396, 7 avril 1945, p. 483.

485.000 et 560.000 U. ont été injectées (15.000 U. toutes les 3 heures). Amélioration en 24 heures, guérison en 3 jours.

A. Touraine.

C. M. Griswold et S. S. Bowen. — **Traitement de l'érysipeloïde de Rosenbach par la cryothérapie** (Treatment of erysipeloid by cryotherapy). *Arch. of Derm. and Syph.*, **49**, n° 5, mai 1944, p. 348.

Les auteurs rappellent d'abord la particulière résistance de l'érysipeloïde de Rosenbach aux divers traitements proposés jusqu'ici. Des cas graves avec septicémie mortelle ont même été, exceptionnellement, signalés (Klauder, Kramer, etc..., *J. A. M. A.*, **122**, 31 juillet 1943, pp. 938-945). Les formes les plus sévères paraissent être celles contractées par contact avec des poissons ou des crabes.

Parmi les traitements on a insisté sur l'action des rayons X, des protéines étrangères, l'alcool, les rayons ultraviolets avec la lampe de Kromayer. Le sérum de convalescent peut donner des accidents sériques et ne saurait être recommandé qu'après échec des autres méthodes, lorsque l'affection s'éternise ou s'accompagne de complications articulaires.

Schoch et Shelmire, Kulchar et Rosenberg ont utilisé, avec des succès variables, les sulfamides. Les auteurs ont employé le seul traitement local par la cryothérapie. Le technique est celle de la neige « nue » en application de 2 à 4 secondes sur les lésions et la zone périphérique sans provoquer de bulle réactionnelle (ce qui ne présenterait d'ailleurs aucun danger) tous les deux ou même tous les jours, suivant la réaction. Disparition remarquable des signes fonctionnels (douleurs, gêne des mouvements). Trois applications sont en général nécessaires. La guérison survient en moins de neuf jours, sans autre traitement.

L. Golé.

4v. — *Tuberculose cutanée.*

R. Laporte. — **Relations entre l'insolubilité de la substance granulaire du bacille de Koch et les aspects principaux de la réaction de l'organisme à l'infection tuberculeuse.** *Annales de l'Institut Pasteur*, t. **71**, nos 7-8, juillet-août 1945, pp. 300-303.

Les études chimiques sur la composition du bacille tuberculeux ont porté presque exclusivement sur les produits d'extraction : lipides, protéides, polyosides. Mais aussi poussées que soient leurs extractions, le résidu insoluble contient encore la majeure partie des propriétés tuberculigènes et sensibilisantes des bacilles totaux. L. étudiant le processus d'autolyse, constate qu'il aboutit à la diffusion de substances solubles, protéides et polyosides, et à la libération de corpuscules non acido-résistants. Ces derniers peuvent être isolés par centrifugation prolongée. Cette substance granulaire est d'une résistance très grande aux tentatives de destruction et de solubilisation totale. Une partie principale de la toxicité du bacille tuberculeux semble localisée dans cette subtance granulaire si extraordinairement résistante et insoluble. Ces deux caractères sont de nature à expliquer l'allure si particulière des réactions du sujet infecté : l'allergie, la formation du tissu tuberculeux et l'absence pratique d'immunité d'ordre humoral.

H. Rabeau.

R. Laporte et J. Loiseleur. — **Sur le degré de résistance des bacilles tuberculeux à la désintégration par les ultra-sons.** *Annales de l'Institut Pasteur*, t. **71**, nos 9 et 10, septembre-octobre 1945, pp. 375-378, 2 figures.

L'expérience mentionnée a porté sur trois souches B. C. G. et 2 souches humaines. Il apparaît que les souches moins pathogènes sont indiscutablement plus sensibles que les souches pleinement virulentes. Il y a aussi une relation entre la sensibilité des souches aux ultra-sons et leur aptitude à l'autolyse bactérienne, les souches les plus fragiles étant les plus sujettes à la lyse. Si ces deux hypothèses

se vérifiaient par la suite, elles expliqueraient, au moins partiellement, le mécanisme de l'action pathogène des bacilles de la tuberculose.

H. Rabeau.

L. Nègre et J. Bretey. — **Durée de la résistance antituberculeuse conférée au cobaye par le B C G administré par scarifications cutanées.** *Annales de l'Institut Pasteur*, t. **70**, nos 5-6, mai-juin 1944, pp. 186-189.

La vaccination par scarifications cutanées est celle qui produit l'allergie dans le délai le plus court (10 à 12 jours). Outre l'avantage de sa simplicité, de son innocuité, de sa rapidité d'action, de son efficacité, elle confère au cobaye une résistance antituberculeuse qui se maintient pendant au moins trois années (expériences entreprises au début de 1940). Cela permettra d'éviter les revaccinations aussi fréquentes qu'avec l'emploi des autres méthodes.

H. Rabeau.

M. Gautrelet. — **Mécanisme de la cutiréaction à la tuberculine.** *La Presse Médicale*, année **52**, no 8, 22 août 1944, p. 119.

« Tout se passe comme si le bacille de Koch sécrétait une toxine qui réagirait plus ou moins sur la circulation périphérique, déterminant ou non une réaction cutanée par l'intermédiaire du système réticulo-endothélial ».

H. Rabeau.

C. Bernard et A. Lotte. — **Mesure et représentation graphique de la cutiréaction tuberculinique.** *La Presse Médicale*, année **54**, no 2, 12 janvier 1946, p. 13.

Mlle Lotte, dans sa thèse : l'allergographie (1942), a montré la possibilité de mesurer, à l'aide d'une instrumentation simple qu'elle a imaginée, la surface et la hauteur de la réaction cutanée. La scarification est d'une longueur et d'une profondeur déterminée, la quantité d'antigène déposée rigoureusement comparable. On pratique ainsi des mesures précises de surface et de hauteur à des intervalles rapprochés. En inscrivant en fonction du temps ces mesures successives, on peut tracer des courbes qui permettent de voir l'heure de l'apparition de la réaction, sa vitesse de progression, le moment de son acmé, ses oscillations possibles, sa régression.

Le graphique traduit la « forme de positivité », et met en lumière des caractères que ne peut montrer l'observation clinique seule. On trouvera des courbes démonstratives décrivant l'affection observée, d'autres montrant les variations de l'état d'allergie chez un même sujet à un intervalle donné. De tels documents, où le facteur d'appréciation individuel est réduit au minimum, permettront des déductions intéressantes dans l'étude de l'allergie tuberculinique.

H. Rabeau.

Silverio Gallego Calatayud. — **L'épreuve tuberculinique selon Bessau-Schwenke et sa valeur dans les tuberculoses cutanées** (La prueba tuberculinica segun Bessau-Schwenke y su valor en las tuberculosis cutaneas). *Lecturas y comentarios de actualidad. Medicina española*, vol. **78**, t. **14**, août 1945, pp. 179 à 180.

L'épreuve tuberculinique selon Bessau-Schwenke est utilisée depuis 1914 pour évaluer si la lésion tuberculeuse d'un malade se trouve dans une phase d'activité ou d'inactivité.

Une première intradermo-réaction est effectuée avec 1/10 de centimètre cube d'une dilution au 1/10 de tuberculine. Si le résultat est négatif, l'intradermo-réaction est répétée avec une dilution au millième et, si elle est encore négative, avec une dilution à 1 o/o.

Si le sujet ne réagit à aucune des trois réactions, on peut admettre que son organisme est indemne de toute lésion tuberculeuse. Si l'une d'elles donne un résultat

positif, elle est répétée huit jours après avec la même dilution et en un point symétrique du siège de la première. Trois possibilités peuvent se rencontrer : 1° la réaction présente une intensité égale à celle de la première; on peut conclure à l'existence d'une lésion tuberculeuse en activité; 2° la réaction est plus intense que la première; le patient est atteint d'une lésion tuberculeuse, mais celle-ci est soit guérie soit dans une phase d'inactivité; 3° la seconde réaction a une intensité moindre que la première; on peut en déduire l'existence d'un processus tuberculeux en activité, bien que cette modalité réactionnelle soit observée à peu près exclusivement chez des sujets cachectiques, ce qui est de nature à lui enlever toute signification.

La valeur de l'épreuve a été mise en doute par certains pédiâtres. Des travaux récents semblent établir qu'elle offre un réel intérêt théorique et pratique dans les tuberculoses cutanées.

En 1929, Marchionini obtient chez des lupiques, dans 82 o/o des cas, une épreuve de Bessau permettant de conclure à un processus tuberculeux actif. En revanche, les gommes tuberculeuses, le lupus érythémateux, l'érythème induré de Bazin, les tuberculides papulo-nécrotiques, etc...) présentent souvent des réactions du type inactif. Ces résultats ont été confirmés par Richter (*Dermat. Woch.*, **113**, 1045, 1941) et par Hokanen (*Acta med. Scand.*, **117**, 145, 1944). Richter, en particulier, trouve 85 o/o des lupiques réagissant sous la forme active à l'épreuve de Bessau, alors que l'épreuve traduit une inactivité constante chez les sujets atteints de tuberculides papulo-nécrotiques.

J. Margarot.

A. Sprecher. — **Le diagnostic biologique du lupus vulgaire. Une nouvelle application de l'enzymo-réaction au moyen d'un extrait de peau lupique** (**La diagnosi biologica del lupus volgare. Una nuova applicazione della enzimo reactione mediante disitingrato di pelle luposa**). *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, vol. **84**, fasc. II, avril 1943, pp. 166 à 193.

Le diagnostic clinique du lupus offre assez souvent de grandes difficultés, le diagnostic histologique est lui-même souvent en défaut et les réactions à la tuberculine laissent souvent aussi dans le doute, d'où la nécessité de tâcher de trouver une méthode de diagnostic biologique.

L'A. a expérimenté dans ce but l'enzymo-réaction selon des modalités techniques particulières. Il a fait préparer un extrait de peau lupique et au moyen de cet extrait il a pratiqué l'enzymo-réaction vis-à-vis de trois antigènes : antigène tuberculeux, antigène de peau saine et antigène de peau lupique. Ces recherches ont porté sur quatre groupes de sujets :

1° Malade de lupus; 2° Malades atteints de tuberculose cutanée, non lupiques; 3° Malades atteints de tuberculose osseuse ou pulmonaire; 4° Sujets atteints d'affections non tuberculeuses.

De ces recherches il titre les conclusions suivantes :

1° L'enzymo-réaction, positive vis-à-vis de l'extrait de peau lupique par comparaison à l'extrait de peau normale est une réaction spécifique, car elle demeure muette quand l'antigène est mis en présence d'un sérum qui appartient à un sujet qui n'est pas atteint de lupus vulgaire.

2° Étant donné ce caractère d'exquise sensibilité elle peut constituer un excellent auxiliaire du diagnostic dans tous les cas d'interprétation douteuse et pour compléter les diverses recherches cliniques et de laboratoire qui sont usitées dans les cas de tuberculose cutanée.

Belgodère.

P. Gastinel et H. Brocard. — **Le phénomène de Koch au cours de la période allergique de la tuberculose du cobaye.** *Annales de l'Institut Pasteur*, t. **71**, juillet-août 1945, pp. 240-245.

On peut dissocier les réponses à la réinoculation de bacilles tuberculeux. Le phénomène de Koch représente à la fois une réaction d'hypersensibilité du type tuberculinique et une réaction d'immunité caractérisée par la non-évolution de la tuberculose de réinfection. La première est inconstante, peut disparaître, sans qu'on puisse dire que cette perte de réaction cutanée soit le résultat d'une désensibilisation cutanée ou soit parallèle à l'extinction de la réactivité tuberculinique; le phénomène immunitaire, au contraire, a toujours persisté, se traduisant dans les cas où n'existait pas le phénomène de Koch par une simple infiltration régressive sans évolution ulcéreuse ou encore par l'abcès d'apparition précoce et de cicatrisation rapide. Quels que soient les aspects variables de leur comportement à la réinoculation les animaux restent donc en état d'allergie. H. Rabeau.

J. Paraf et J. Desbordes. — **Réaction d'allergie tuberculinique et acides gras α-α disubstitués.** *Annales de l'Institut Pasteur*, t. **71**, nos 7 et 8, juillet-août 1945, pp. 297-299.

Il était admis que les protéines du bacille étaient responsables de l'état allergique et des réactions qu'il déclenchait. Les travaux récents attribuent aux lipoïdes un rôle de premier plan. P. et D. ont essayé 8 acides gras en intradermo-réaction avec une dose de 500 γ du corps en solution dans l'huile d'olive chez une malade hyperergique, atteinte d'érythème noueux. La totalité des acides mono ou disubstitués en α avec ou sans double liaison ont donné une réponse positive. Par contre les acides en chaîne droite, saturée ou non, sans ramification, ont toujours donné une réponse négative. Une telle réaction allergique semble plus imputable à la ramification, au voisinage de la fonction acide qu'à la saturation ou non de la chaîne carbonée.

H. Rabeau.

A. Cayla et A. Maclouf. — **Sensibilités comparées des épreuves de Pirquet et de Mantoux dans la recherche de l'allergie cutanée chez les écoliers.** *Paris-Médical*, année **34**, n° 15, 10 août 1944, p. 162.

Faisant des cuti en série chez des écoliers, les auteurs ont systématiquement pratiqué des intradermo de Mantoux aux sujets à Von Pirquet négatif. La technique utilisée fut la suivante : injection de 1/10 de centimètre cube de la dilution à 1/10 de tuberculine brute dans du sérum physiologique à 8 o/oo, soit 1 centigramme de tuberculine. Sur 302 sujets, âgés de 6 à 16 ans, 6 seulement présentèrent une I.-D. nettement positive, soit moins de 2 o/o des cas.

Les auteurs en concluent que l'épreuve de Von Pirquet est, dans la pratique, suffisante, et s'inscrivent contre l'opinion de Madsen qui tend à la discréditer.

R. Duperrat.

J. Paisseau. — **Hypersensibilité cutanée à la tuberculine. Eruption généralisée de papules phlycténulaires provoquée par une cutiréaction tuberculinique.** *La Presse Médicale*, année **54**, n° 9, 2 mars 1946, p. 130.

Chez un enfant de 3 ans en état de primo-infection tuberculeuse, à la suite d'une cuti-réaction est apparue une éruption généralisée d'éléments papuleux dont le plus grand nombre reproduisait exactement la cuti-réaction elle-même, intensément positive. Des inoculations ultérieures ont provoqué l'apparition d'éléments nouveaux et la reviviscence des anciens, apportant ainsi la preuve de la nature tuberculinique de l'éruption.

H. Rabeau.

Max Fourestier. — **Réaction cutanée tuberculinique positive huit mois après l'injection intradermique** *La Presse Médicale*, année **52**, n° 12, 17 février 1944, pp. 180-181, 1 figure.

Lors de l'évolution d'un asthme bronchique ganglionnaire, peut-être d'origine hérédo-syphilitique, sans atteinte de l'état général, sans cause anergisante, toutes les réactions tuberculiniques cutanées (y compris intradermo-réaction de tuberculine brute) sont négatives. Huit mois plus tard en pleine santé, après guérison des crises d'asthme et disparition de l'adénopathie médiastinale, brusquement et spontanément, en dehors de toute action thérapeutique, sans nouvelles sommations tuberculiniques, les deux intradermo-réactions anciennement négatives (brutes et au 1/10) sont devenues fortement positives.

F. pense que pendant les huit mois le jeune homme a réalisé sa primo-infection tuberculeuse inapparente. Cette infection paucibacillaire a sensibilisé la zone dermique fortement imprégnée au préalable par la tuberculine et s'est révélée cliniquement par l' « éveil » d'une intradermo-réaction négative huit mois auparavant. Il n'y aurait donc pas eu virage tardif, mais « flambée » allergique d'une tuberculine intradermique jusque-là inactive, à l'occasion de la primo-infection.

H. Rabeau.

M. Bariety, R. Lesobre et R. Bretin. — **Primo-infection tuberculeuse consécutive à une piqûre anatomique.** *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, 3e série, année **60**, 1944. n°s 13 et 14, p. 197.

Un jeune externe, dont les cuti antérieures avaient été l'une négative, l'autre douteuse, se blesse au cours d'une autopsie d'un tuberculeux pulmonaire. Dix-sept jours après, à ce niveau apparition d'une petite ulcération indolente, rouge et tuméfiée ; puis 15 jours après, état de fatigue, avec anorexie, fièvre, amaigrissement, apparition d'adénopathie épitrochléenne et axillaire. Cutiréaction phlycténulaire. Image thoracique normale.

Départ à la campagne, l'ulcération guérit peu à peu, les ganglions régressent, il y a augmentation du poids. Deux mois après le malade veut reprendre son service, mais la fièvre apparaît de nouveau, le poids fléchit. Un séjour à la montagne de 6 mois est ordonné. Au bout de cette période tout semble rentré dans l'ordre : à peine trace de l'ulcération et des adénopathies. Image thoracique normale.

Les A. font remarquer l'évolution favorable de cette primo-infection, contraire à l'opinion ancienne qui attachait un pronostic sévère aux tuberculoses primaires extra-pulmonaires.

H. Rabeau.

J. Perret. — **Primo-infection tuberculeuse à porte d'entrée palpébrale.** *Thèse Paris*, 1945, n° 467, Jouve édit., 27 pages, bibliographie.

Après un court rappel des localisations du chancre tuberculeux et de ses signes, exposé d'une observation non démonstrative où ce chancre siégeait sur la paupière inférieure et rappelait un orgelet.

A. Touraine.

Georges Tribaudini. — **Contribution à la pathogénie du lupus nasal. Rôle du traumatisme.** *Thèse Lyon*, 1945.

Le lupus nasal isolé est dû, dans la grande majorité des cas, à une inoculation du bacille tuberculeux par voie exogène, la voie hématogène restant l'exception.

L'A. souligne l'importance des traumatismes accidentels ou opératoires dans son étiologie. Il rapporte deux observations de lésions lupiques caractérisées après interventions chirurgicales endonasales : les lésions sont apparues moins d'un mois après l'opération, elles avaient leur maximum au siège même de l'intervention chirurgicale. Mais l'inoculation se fait plus habituellement par les petits traumatismes, en particulier le grattage digito-unguéal du vestibule narinaire.

T. pense que le lupus nasal n'est pas une manifestation de primo-infection. Il constitue une tuberculose de surinfection sur un organisme modifié par une première atteinte.

H. Ruel.

E. Bernard, A. Saenz et G. Canetti. — **Bacille tuberculeux bovin cause d'un lupus vulgaire et d'une tuberculose pulmonaire miliaire concomitante.** *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, 4e série, année **61**, 1945, nos 5, 6, 7, pp. 69-71.

Les bacilles isolés d'un fragment de lupus et des crachats ont été étudiés : titrage, recherche de leur virulence pour le cobaye et le lapin. Il s'agit de deux souches sensiblement identiques, de virulence atténuée, souches bovines. Cette notion de l'atténuation du bacille de Koch dans les lésions lupiques est soulignée, ici, une fois de plus. Le bacille de la granulie vient peu vraisemblablement de la peau et cette atténuation explique la lenteur insolite de l'évolution de l'affection pulmonaire. Le rôle du bacille bovin est rare dans la tuberculose pulmonaire (1 o/o des cas, Gung), par contre il est fréquent à l'origine du lupus.

H. Rabeau.

E. Bernard, J. Meyer et R. Genevrier. — **Lupus vulgaire et tuberculose miliaire des poumons.** *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, 4e série, année **61**, 1945, nos 5, 6, 7, pp. 65-69.

Femme de 29 ans ayant présenté dans l'enfance et l'adolescence des adénopathies cervicales, certaines fistulisées. A 19 ans des éléments lupiques font leur apparition au niveau et autour de la cicatrice d'une des fistules. Rebelles à tous traitements, ces éléments lupiques s'étendent : d'abord tranche montante du maxillaire, oreille, puis muqueuses laryngée et pharyngée, plus tardivement, en même temps qu'une granulie pulmonaire apparaît, dissémination du lupus sur le thorax, l'abdomen, les membres. Cette granulie miliaire bilatérale emporte la malade en six mois, malgré une température constamment élevée qui eut pu présager une fin plus rapide.

H. Rabeau.

B. Saad (Beyrouth). — **Epithelioma sur lupus tuberculeux chez un enfant de 10 ans.** *Communications et causeries médicales*, Beyrouth, Neo, édit., 1946, pp. 43-47.

Lupus datant de 18 mois, sur une narine, devenu ulcéro-végétant. A la biopsie : épithélioma spino-cellulaire.

A. Touraine.

B. Descazeaux. — **Essai de traitement médical du lupus tuberculeux.** *Thèse Bordeaux*, 1944-1945, n° 7, Delmas édit., 71 pages, bibliographie.

Après une bonne revue générale des divers traitements généraux et locaux du lupus, D. signale les bons résultats obtenus dans 5 cas (observations et figures), par l'adjonction d'injections sous-cutanées tous les deux jours de chlorhydrate de choline à la dose de 2 centigrammes. Cette médication est inutile chez les tuberculeux gras ou à cholestérolémie élevée; elle est contre-indiquée chez les diabétiques ou au cas de cure par l'or.

A. Touraine.

J. P. Jouin. — **Le traitement de la tuberculose par l'antigène méthylique.** *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, t. **115**, mars 1944, 3e cahier, pp. 44-49.

Boquet et Nègre ont montré que la fraction méthylique du bacille de Koch, injectée à des animaux provoque l'apparition d'une abondante formation d'anticorps. Cet antigène méthylique n'est pas toxique et exerce une action préventive mise en évidence par la survie des animaux d'abord préparés et ensuite inoculés. L'Institut Pasteur délivre cet antigène sous forme diluée ou concentrée. Voici la technique qui semble avoir donné les meilleurs résultats : injecter 2 fois par semaine 1/4 de centimètre cube de la solution diluée, on répète 6 fois l'injection, puis on agit de la même façon en augmentant la dose par 1/4 de centimètre cube. On continue en employant l'antigène concentré et en suivant la même méthode. Un tel traitement dure environ six mois. La clinique guidera d'ailleurs. Chez les malades atteints de lésions cutanées ou muqueuses, ce traitement manifeste une

activité double locale et générale. Les tuberculoses ulcéreuses et végétantes surtout bénéficient de ce traitement, mais aussi certains lupus érythémateux localisés, les tuberculides papulo-nécrotiques, l'érythème induré de Bazin.

H. Rabeau.

M. Ducourtioux. — **Rôle de l'électrocoagulation et de l'actinothérapie locale dans le traitement des tuberculoses cutanées. Importance des traitements généraux.** *Le Bulletin Médical*, année 58, n° 12, 15 juin 1944, pp. 141-143.

Les indications de l'actinothérapie locale sont assez restreintes : lupus débutants, vierges de tout traitement, de dimensions moyennes ou petites, le lupus de l'enfant. Les résultats thérapeutiques sont au point de vue esthétique les plus parfaits.

L'électrocoagulation est la méthode de choix pour la plupart, sous anesthésie locorégionale ou générale, suivant l'importance des lésions et le but à atteindre. Le fait d'enlever à la curette les lésions coagulées abrège la durée de cicatrisation. D. indique rapidement les techniques, celle des irradiations ultra-violettes sous compression. Il rappelle le traitement par la scarification pour les lupus orificiels et la galvano-puncture par les lupomes isolés. D'ailleurs les diverses méthodes peuvent être associées.

La thérapeutique par l'antigène de Nègre et Boquet, le vaccin de Vaudremer, les sels d'or, donnent des résultats parfois intéressants mais peu constants. La vitaminothérapie, telle qu'elle a été conseillée par Charpy, lui a donné des résultats qui confirment les conclusions de Charpy.

H. Rabeau.

J. Casabianca (Marseille). — **Une nouvelle méthode de traitement du lupus tuberculeux : le fraisage.** Maupetit édit., Marseille, monogr. de 23 pages, 8 figures.

Depuis 1942, l'A. détruit les lupomes par broyage de leur tissu à la fraise ronde des dentistes, mise en rotation par un tour. La fraise doit être un peu plus grosse que le lupome à évider. La douleur est insignifiante. Pansement au mercurochrome à 2 o/o. Séances hebdomadaires. Association avec le traitement de Charpy, Accélération considérable de la guérison; belles cicatrices. Suivent 15 observations de lupus de divers types, traités par cette méthode.

A. Touraine.

L. Dekeyser. — **L'évolution de la thérapeutique du lupus tuberculeux au cours des vingt-cinq dernières années.** *Bruxelles Médical*, décembre 1945, p. 52.

L'auteur rappelle d'abord la cure par les injections de calomel (Vidal, puis Brocq, Darier), la finsenthérapie, les tuberculines (résultats médiocres et méthode non sans danger), les sels d'or, les sels de terres rares tels que sulfate de cérium, de didyme, etc. (Grenet et Drouin), l'huile de chaulmoogra (Heden).

Toutes ces méthodes ont été décevantes. Plus intéressant est le traitement par le *rubrophène* surtout associé aux radiations. D. a obtenu quelques beaux résultats qui sont venus confirmer ceux de Sailer et de Halkin.

Mais les deux traitements les plus efficaces sont le régime de Gerson-Sauerbruch-Hermanndorfer et le traitement de Fanielle, connu en France sous le nom de *méthode de Charpy*.

Le régime de Gerson est caractérisé par l'absence de sel, un haut pourcentage d'albumine et de corps gras et une réduction des hydrates de carbone : 90 grammes d'albumine, 160 grammes de graisse, 220 grammes d'hydrates de carbone pour 1.000 calories. La plupart des aliments sont absorbés crus (vitamines) et associés à du minéralogène (sels alcalino-terreux de chaux et de magnésie). Pour D. les résultats

sont identiques avec ou sans minéralogène. Résultats remarquables confirmés par P. François.

La méthode de Fanielle, de Liége (1940) associe, comme la méthode de Charpy de Dijon (1943), la vitamine D à hautes doses au gluconate de chaux. On peut dépasser sans inconvénient la dose d'une ampoule par semaine de vitamine D. D. confirme les résultats remarquables obtenus en Belgique par Fanielle, Alechinsky, Carpentier, Dujardin, Feron, van Runckelen.

Pour l'auteur, on peut parler actuellement d'une véritable guérison médicamenteuse du lupus tuberculeux.

L. Golé.

J. Charpy. — **Le traitement des lupus tuberculeux et des tuberculoses cutanées par la vitamine D : technique personnelle.** *L'Union médicale du Canada*, **75**, n° 5, mai 1946, p. 553.

Rappel, pour le public canadien, de la méthode de l'auteur pour le traitement de ces affections.

L. Golé.

C. Levaditi. — **Action calcifiante de la vitamine D sur les lésions tuberculeuses expérimentales** *La Presse Médicale*, année **54**, n° 30, 29 juin 1946, p. 425.

Les belles recherches de G. Charpy, partant d'ailleurs d'une idée directrice toute autre sur le traitement de certaines formes de tuberculose cutanée, sont l'occasion pour L. de résumer ses travaux avec Li Yuan Po, parus en 1930 dans *La Presse Médicale*, montrant l'influence calcifiante du stérogyl sur les lésions tuberculeuses testiculaires du lapin : augmentation considérable de la calcification de ces lésions, changement du métabolisme calcique ayant pour siège les éléments cellulaires bacillifères, formation de véritables coques de calcium entravant la propagation de l'infection bacillifère aux tissus voisins. Il ne leur avait pas été possible de se faire une opinion précise sur les effets lointains du traitement ergostérolique et de son activité thérapeutique.

H. Rabeau.

Clément Simon. — **Lettre à un médecin praticien sur la dermatologie et la vénéréologie : Un traitement interne héroïque du lupus tuberculeux (Le traitement de Charpy).** *Le Bulletin Médical*, 11 novembre 1945, n° 26, pp. 369-370.

L'auteur rappelle les différentes étapes de la grande découverte que fut le traitement de Charpy dans le lupus tuberculeux et les tuberculoses cutanées. Il en résume les modalités et les principales indications. Il trace une courte biographie de la vie de Charpy. Avec sa verve habituelle, il fait l'éloge du chercheur qui a su opposer à une dermatose grave un traitement héroïque dont s'enorgueillit à juste titre toute la dermatologie française.

H. Ruel.

R. Vachon. — **Le traitement du lupus tuberculeux par la méthode de Charpy.** *Thèse Lyon*, 1944, n° 11, Bosc et Riou édit., 88 pages, bibliographie.

Excellent travail inspiré par le Pr Gaté et montrant les bons effets de la méthode de Charpy. La technique suivie habituellement par V. a été : *cure d'attaque* de 3 mois à la vitamine D_2 en solution hydro-alcoolique, ingérée à la dose de 15 milligrammes une fois par semaine, et à 1 gramme de gluconate de calcium (à défaut de 1 ou 2 litres de lait) *per os* ou en injection 20 jours par mois ; *cure de consolidation* de 3 mois par 2 ampoules de 15 milligrammes de vitamine D_2 par mois et gluconate de calcium ; de plus 1 ampoule de vitamine chaque mois de printemps et d'automne. Des doses plus élevées n'ont pas donné de meilleurs résultats. La vita-

mine en injections n'a pas la même action (1 observation personnelle avec échec). Sur 29 malades soumis à ce traitement, 1 seul échec, mais dans aucun cas les lupomes n'ont complètement disparu, ainsi qu'en témoignent 11 observations personnelles rapportées avec quelque détail. « Le lupus ulcéré se cicatrise avec une rapidité et une facilité déconcertante ». Le lupus tumidus s'aplanit en quelques semaines. Le lupus plan, plus tenace, fournit la presque totalité des demi-succès. Le traitement de Charpy a une action remarquable sur le lupus des muqueuses (1 observation rapportée en exemple), sur les adénopathies (1 observation), sur l'état général, sur le retour à la normale de l'accélération de la vitesse de sédimentation des hématies; la cuti-réaction s'atténue mais ne se négative pas. Suivent 2 observations de guérison de tuberculoses verruqueuses et 2 autres de demi-succès ou d'échec au cours de lupus érythémato-nodulaires.

D'après l'étude de la biopsie, dans 7 cas, il subsiste habituellement des lupomes histologiques, mais sans infiltration calcaire (il ne semble donc pas que le calcium soit l'élément déterminant de l'amélioration).

La méthode est sans danger d'hypervitaminose; elle ne trouve aucune contre-indication, même chez les sujets âgés et artério-scléreux.

A. Touraine.

Yves Bureau. — **Le traitement des tuberculoses cutanées par la vitamine D_2 et le calcium (méthode de Charpy).** *Paris Médical*, année **36**, nº 2, 17 janvier 1946, pp. 17-19.

L'auteur confirme les excellents résultats de la méthode de Charpy (vitamine D_2 associée à la médication calcique) dans le traitement des tuberculoses cutanées. Il a traité par cette méthode 20 malades atteints de lupus tuberculeux et obtenu 20 cas de guérison dans un délai de six à huit mois, par le traitement interne seul sans adjonction de traitement local. La technique à laquelle il a eu recours a été la suivante :

Pendant les trois premiers mois, une ampoule de 15 milligrammes de vitamine D_2 par semaine;

pendant les trois mois suivants, une ampoule par quinzaine;

pendant les trois derniers mois, une ampoule par mois.

Association d'apport calcique sous forme de phosphate tricalcique par voie buccale (une cuillerée à café après le repas de midi, 20 jours par mois). Il ne lui semble pas que cet apport soit indispensable si les malades ont une alimentation suffisamment variée et riche en calcium.

En dehors du lupus tuberculeux qui constitue l'indication majeure de la méthode, la tuberculose verruqueuse, les tuberculides papulo-nécrotiques, le lichen scrofulosorum, le granulome annulaire sont également influencés d'une manière favorable par ce traitement. Il en est de même des manifestations ostéo-articulaires qui accompagnent souvent le lupus. Les gommes tuberculeuses, les adénites semblent peu modifiées par le traitement. Le lupus érythémateux, la maladie de Besnier-Boeck-Schaumann, le lichen plan, le psoriasis ne subissent au contraire aucune modification appréciable.

La vitaminothérapie, le plus souvent inoffensive, doit être surveillée avec soin en ce qui concerne la calcémie et la calcification des tissus dont l'auteur a constaté la présence chez une de ses malades.

Lucien Périn.

A. Alechinsky. — **La méthode de Fanielle dans le traitement des tuberculoses cutanées.** *Bruxelles Médical*, année **25**, nº 18, 23 septembre 1945, pp. 838 à 841.

Nombreux sont les auteurs qui ont observé l'action favorable de l'action du calcium et de la vitamine D dans l'évolution de la tuberculose. Spies en 1930 et

Levaditi et Li Yuan Po ont expérimentalement montré que l'ingestion d'ergostérol irradié amène chez le lapin une calcification importante des lésions tuberculeuses. Dès 1930, Fanielle utilisa chez l'homme de hautes doses de vitamine D_2 associées au gluconate de calcium à 20 o/o à la dose de 2 à 3 cuillerées à soupe chaque jour, avec des résultats favorables (asthme, rhume des foins, rhumatisme chronique, migraine, chez des malades ayant des antécédents tuberculeux personnels ou familiaux). Ultérieurement il s'attaqua à la tuberculose proprement dite, et aux tuberculoses cutanées (tuberculose verruqueuse du doigt, 1 cas, et 4 cas de lupus tuberculeux de la face). Il publie ses résultats en 1942, et J. Charpy en 1943 apporte des résultats comparables. Depuis les confirmations de nombreux dermatologistes en firent un traitement déjà classique. Les essais cliniques de A. portent sur une vingtaine de cas avec d'heureux résultats. Il les rapproche de ceux obtenus par le régime de Gerson, quant au mécanisme d'action. Les aliments recommandés sont particulièrement riches en vitamine D et calcémie. Comme dans le régime de Gerson les malades les plus atteints, avec lésions inflammatoires ou ulcérées obéissent le plus rapidement au traitement par la vitamine D et le calcium.

H. Rabeau.

G. Dowling et Pr Thomas. — **Lupus vulgaires traités par le calciférol** (Lupus vulgaris treated with Calciferol). *Proceedings of the Royal Society of Medicine (Sect. of Dermatology,* 15 novembre 1945), vol. **39**, n° 1, décembre 1945, pp. 96-98, brève bibliographie anglo-saxonne.

48 lupus ont été traités exclusivement par le calciférol (vitamine D) à la dose de 150.000 U. I. par jour en trois fois pendant 3 à 4 mois (avec l'amélioration, cette dose est réduite à 100.000 et même 50.000 par jour). 6 observations sont rapportées ici, toutes avec succès complet. Il n'est pas donné de calcium en supplément et la calcémie reste aux environs de 100 milligrammes par litre.

Le calciférol est obtenu en traitant l'ergostérol par les rayons U. V. La dose limite est de 200.000 à 400.000 u. i. par jour (Bicknell et Prescott) ou de 10.000 u. i. par livre de poids (Steck). On reste donc nettement au-dessous de la limite de toxicité. Celle-ci s'annonce par des nausées, de l'anorexie, de la diarrhée, de la polyurie.

Wigley confirme ces beaux résultats et Thomson (Président) les qualifie d'absolument extraordinaires.

A. Touraine.

G. Dowling, E. Prosser Thomas et H. Wallace. — **Lupus vulgaire traité par le calciférol** (Lupus vulgaris treated with Calciferol). *Proceedings of the Royal Society of Medicine, Section of Dermatology,* 20 décembre 1945, vol. **39** n° 2, mars 1946, pp. 225-227.

5 observations de lupus vulgaire remarquablement améliorés ou guéris par le calciférol à la dose de 100.000 à 150.000 U. par jour, sans traitement local. De nombreux autres cas attestent l'efficacité de ce traitement.

Wigley, Hellier confirment la valeur de cette méthode, découverte par Dowling en même temps que par Charpy, en France, mais indépendamment de ce dernier.

Bicknell rappelle les inconvénients dus à la toxicité du calciférol (signe prémonitoire : sensibilité aiguë de la région occipitale; quelques cas de dégénération vasculaire, de coronarite, de néphrite). Il recommande donc la prudence et propose d'utiliser le calciférol en pommade pour obtenir une concentration plus forte dans les lésions et plus faible dans le sang.

A. Touraine.

4w. — *Tuberculides.*

S. Irgang. — **Tuberculides micropapuleuses chez les Noirs** (Micropapular tuberculid in negro). *Arch. of Derm. and Syph.*, **53**, n° 4, avril 1946, p. 372, 6 fig.

Ce type de tuberculides est assez fréquent chez les Noirs mais plus rare cependant que les tuberculides papulo-nécrotiques. L'éruption siège sur la face, mais présente une certaine tendance à la généralisation. Elle respecte les ailes du nez, les lèvres qui sont, au contraire, le siège de prédilection des sarcoïdes miliaires et de la tuberculose miliaire disséminée de la face. L'A. insiste sur la dépigmentation qui peut précéder les lésions et qui marque la guérison (petites cicatrices dépigmentées, atrophiques et déprimées, assez identiques aux cicatrices des tuberculides papulo-nécrotiques). L'intradermo-réaction à la tuberculine présente des réponses variables et n'aide guère le diagnostic.

Au point de vue histologique, tous les degrés depuis la lésion inflammatoire banale jusqu'à la structure tuberculoïde comme dans la sarcoïde miliaire et la tuberculose miliaire disséminée.

L. Golé.

S. Irgang. — **Tuberculide papulo-nécrotique chez un noir. Sa ressemblance clinique avec l'acne vulgaire et les syphilides secondaires** (Papulonecrotic tuberculid in the negro). *Arch. of Derm. and Syph.*, **49**, n° 6, mai 1944, p. 351.

Les tuberculides papulo-nécrotiques sont la forme clinique de tuberculides la plus communément observée chez les noirs. Le type superficiel, le plus fréquent, est souvent associé au type nodulaire et peuvent se développer aux extrémités, à la face, et aux régions génitales où elles peuvent simuler en tous points les syphilides secondaires.

L'auteur rapporte un cas personnel très démonstratif (voir figures) accompagné d'examens histologiques des lésions. En effet, une réaction positive à la tuberculine n'apporte guère de précision pour le diagnostic. La biopsie permet au contraire d'affirmer ce diagnostic et vient corroborer les résultats négatifs des examens à l'ultramicroscope et des examens sérologiques.

L. Golé.

D. Arguelles Casals (La Habana). — **Le lupus érythémateux chez la race noire** (El lupus aritematoso en la raza negra). *Medicina latina*, juillet-août 1944, pp. 1-7, courte bibliographie américaine.

L'étude systématique des cas de lupus érythémateux montre que cette affection a été observée avec une fréquence plus ou moins grande chez les noirs.

A Cuba, où la population noire est de 41,5 o/o, l'A. a noté sur un total de 60 cas de lupus érythémateux (dont 3 de lupus érythémateux exanthématique), 47 chez des blancs et 13 (3 ♂ et 10 ♀) chez des individus de couleur (7 noirs et 6 métis).

Il ressort de cette étude, que le lupus érythémateux s'observe, chez la race noire de Cuba, entre 20 et 45 ans, sous la forme fixe ou la variété discoïde, jamais sous la forme centrifuge symétrique ou exanthématique. Les lésions sont peu extensives et, contrairement à l'opinion de Fox, il n'y a ni dépigmentation ni atrophie ; mais l'hyperpigmentation est fréquente sans être exclusive à la race noire. La réaction de Meinicke a été positive dans 16 o/o des cas (2 malades sur 13).

Indépendamment de la notion de race, à Cuba, le lupus vulgaire y est rare, mais le lupus érythémateux est fréquent avec une prédominance chez les blancs.

R. Mollinedo.

C. Whittle. — **Lupus érythémateux chez une fille de 10 ans** (Lupus erythematosus in a girl aged 10). *Roy. Soc. of Medic., Sect. of Dermat.*, 20 décembre 1945 ; *The British Journ. of Dermat. and Syphilis*, t. **58**, mai-juin 1946, nos 5-6, pp. 127-129.

Début à 8 ans, sur le nez, les joues, le cuir chevelu ; angines fréquentes ; cuti-réaction négative ; légère amélioration par 30.000 u. chaque jour de calciférol. Psoriasis chez la mère.

Barber confirme le diagnostic et rappelle un cas personnel chez un enfant de 7 ans atteint d'adénite cervicale tuberculeuse; il avait pensé à une toxituberculide; la dermatose s'était améliorée après exérèse du ganglion.

Goldsmith a vu un cas analogue de lupus érythémateux chez une petite fille. avec angines fréquentes et poussées rhumatoïdes. Il n'existait pas de lésions tuberculeuses à l'autopsie.

Dowling a traité, sans aucun résultat, par le calciférol plusieurs cas de lupus érythémateux; dans un de ces cas, l'adénite tuberculeuse concomitante a guéri mais non le lupus.

O'Donovan a observé deux cas de lupus érythémateux chez de jeunes enfants. Dans trois cas de lupus érythémateux, il a obtenu une guérison complète et durable par la pénicilline mais un échec dans un cas avec foyer tuberculeux primitif.

A. Touraine.

H. P. Wagener (Rochester). — **Lésions rétiniennes dans le lupus érythémateux disséminé aigu** (Retinal lesions in acute disseminate lupus erythematosus). *The American Journal of the Medical Sciences*, vol. **211**, n° 2, février 1946, pp. 240-244, bibliographie.

Sur 48 cas de lupus érythémateux chronique, Pillat, en 1935, trouve 16 fois des lésions isolées qui rappellent une choroïdite tuberculeuse guérie; sur 3 d'entre eux qui ont subi une poussée aiguë, 2 avaient des lésions surajoutées de choroïdite aiguë nettement tuberculeuse. Keil considère qu'il s'agit là d'une incidence fortuite et non de manifestations systématiques du lupus érythémateux. Cependant Bergmeister (1929), Keith et Rowntree (1922) avaient déjà signalé de telles lésions dans des cas isolés et Baehr, Klemperer et Schifrin (1935) dans 12 cas sur 23 de lupus érythémateux aigu disséminé (avec hémorragies périvasculaires et œdème péripapillaire dans 2 cas). D'assez nombreux autres cas ont été signalés, surtout avec exsudats, hémorragies, œdème de la rétine, endothéliite vasculaire proliférative avec thrombose, lésions dégénératives ou nécrotiques de la paroi des vaisseaux; donc, en résumé, surtout lésions vasculaires. Maumenee (1940) décrit, d'après 5 cas, des petites taches blanc jaunâtre, cotonneuses du fond de l'œil, de petites hémorragies superficielles de la rétine (indépendantes des taches précédentes), de l'œdème de la papille; ou, encore, il s'agit histologiquement de lésions vasculaires (dégénérescence hyaline de l'intima des vaisseaux choroïdiens, prolifération de cellules rondes dans l'adventice). Goldstein et Wexler (1932) ont vu une atrophie secondaire des deux nerfs optiques.

A. Touraine.

Silverio Gallego Calatayud. — **Etat actuel du traitement du lupus érythémateux** (Brevo estado del tratamiento del lupus erythematoso). *Medicina espanola* (Lecturas dermosifiliograficas de actualidad), année **6**, n° 58, novembre 1943, p. 733.

On doit d'abord faire une exploration minutieuse du malade pour découvrir l'existence possible d'un foyer infectieux et le traiter.

Ce premier point réalisé, la thérapeutique fondamentale du lupus érythémateux comporte l'emploi de quatre médicaments efficaces : la quinine 0 gr. 30 trois fois par jour par périodes de 8 à 10 jours), les sels d'or, le bismuth et les sulfamides (Manuel anglais de dermatologie : A. C. Roxburg. *Common Skin Diseases*. Londres, 1943).

J. Margarot.

L. Martel. — **Traitement du lupus érythémateux par les sels d'or en intradermiques.** *Thèse Paris*, 1943, n° 280; Foulon édit., 42 pages, bibliographie.

L'A. rappelle les bons résultats obtenus d'abord par Monash et Traub (1931) puis par Gougerot et Burnier (1932), Jones et Alden (1933), Fidanza (1931) par l'aurothérapie locale (injection tous les 4 à 7 jours, sous les lésions, à doses progressives de 0,01 à 0,15 de thiosulfate double d'or et de sodium (crisalbine) dans 2 centimètres cubes de néocaïne à 1 o/o). Suivent 6 observations dont 2 échecs et 4 guérisons en 6 à 9 mois, sans récidive en un an.

A. Touraine.

A. B. Hyman. — **Le mapharsen dans le traitement du lupus erythémateux.** *Arch. of Derm. and Syph.*, **53**, n° 1, janvier 1946, pp. 26-30, 4 fig.

Après avoir rappelé le premier cas encourageant publié par Sulzberger, l'A. rapporte 20 cas personnels (sur les 40 traités par cette méthode). La statistique présentée fait état de 6 succès et de 8 améliorations.

D'après l'A. lui-même, cette méthode reste encore à l'étude et pourra être essayée lorsque les autres traitements auront échoué.

L. Golé.

A. Hyman. — **Le chlorure d'oxophénarsine [mapharsen] dans le traitement du lupus érythémateux** (Oxophenarsine hydrochloride in treatment of lupus erythamatosus). *Archives of Dermatology and Syphilology*, **53**, n° 1, janvier 1946, p. 26, 6 figures.

La dose de mapharsen, d'abord de 0 gr. 06 par semaine, a été ensuite réduite à 0 gr. 03 pour les femmes et à 0 gr. 04 pour les hommes. Les injections sont répétées, une fois par semaine, jusqu'à un total de 1 gr. 20. Interrompues au cas d'échec, elles sont reprises, s'il y a amélioration, après un repos de 4 à 6 semaines.

Sur 20 cas, 6 guérisons, 8 améliorations, 6 échecs. Deux observations sont rapportées en détail.

A. Touraine.

D. Stone. — **Lupus érythémateux, traitement par la pénicilline** (Lupus erythematosus : treatment with penicillin). *The British Journal of Dermatology and Syphilis*, t. **58**, mai-juin 1946, n°s 5-6, pp. 122-123.

♂ de 35 ans. Depuis 6 ans, lupus érythémateux de la face, symétrique depuis un an, 500.000 unités de pénicilline en 4 jours, renouvelées une semaine plus tard. Amélioration dès la fin de la première série, si importante ensuite que le malade estime inutile une troisième série.

Dans un cas de Campion, une amélioration de 70 o/o a été ainsi obtenue en 3 semaines.

A. Touraine.

W. Freudenthal. — **La mucine dans le granulome annulaire** (Mucin in granuloma annulare). *Royal Society of Medicine* (*Sect. of Dermatology*, 18 janvier 1945, in *The British Journal of Dermat. and Syph.*, t. **57**, n°s 9-10, septembre-octobre 1945, pp. 177-178.

Dans 24 cas sur 29 de granulome annulaire étudiés à la Clinique de Jadassohn et dans 3 sur 7 étudiés à Londres, F. a constaté de la mucine (par la thionine mieux que par le crésyl-violet et que par le mucicarmin) surtout dans les foyers de tissu conjonctif plus ou moins altéré qui entoure les infiltrats; mais la disposition en est très irrégulière, de traces à fortes masses, dans un seul ou deux foyers par coupe.

A. Touraine.

4x. — Lèpre.

DIVERS. — **Fontilles** (Travaux et études de la colonie-sanatorium pour lépreux de San Francisco de Borja, à Fontilles, province d'Alicante, Espagne, Directeur : F. Contreras Duenas, Villanueva 43, Madrid), n° 1, juin 1944, pp. 1 à 99 ; n° 2, janvier 1945, pp. 101 à 210.

Cette nouvelle revue est entièrement consacrée à la lèpre. Ses deux premiers numéros renferment les articles suivants :

N° 1 : CONTRERAS DUENAS et GUILLEN PRATS, Classification des maladies lépreuses (8 pages, 17 figures). — F. MARCO MERENCIANO et J. GUILLEN PRATS, Coexistence de lèpre et de schizophrénie (une observation, 5 pages, bibliographie). — T. APARISI JIJON, Description clinique de l'iritis lépreuse nodulaire (6 observations, 6 pages, 5 figures, bibliographie). — P. CHOVER MADRAMANY, Contribution à l'étude de la propagation clinique du bacille de Hansen, aux voies aériennes supérieures et à la cavité bucco-pharyngée (5 pages, bibliographie). — M. RODRIGO ABAD, Morphologie du sang chez les lépreux (6 pages, bibliographie). — F. CONTRERAS et J. GUILLEN, Importance du diagnostic précoce de la lèpre (10 pages). — C. DUENAS et R. ABAD, Voies de sortie du bacille de Hansen (14 pages, bibliographie). — C. DUENAS et R. ABAD, Note sur le traitement par infiltrations de novocaïne des névrites et autres manifestations douloureuses de la lèpre (17 observations, 6 pages, bibliographie). — *Analyse* des travaux sur la lèpre parus dans les périodiques espagnols et étrangers.

N° 2 : J. GAY PRIETO, Contribution à l'étude de la lèpre tuberculoïde (revue générale, 6 pages, 11 figures). — F. CONTRERAS DUENAS, Lèpre lépromateuse (ou cutanée : ensemble des lèpres tuberculeuses et maculeuse) (8 pages, 18 figures). — M. RODRIGO ABAD, Contribution à l'étude de la lépro-réaction (poussées aiguës fébriles) et de son traitement (8 pages, 12 graphiques de température, bibliographie). — C. DUENAS, Essai et appréciation du premier ester de chaulmoogra entièrement espagnol (11 observations, 40 pages, 23 figures). — J. MIRO CARBONELL, Réflexions sur la lutte antilépreuse (6 pages). — P. C. MADRAMANY, Troubles de la voix chez le lépreux (1 observation, 4 pages, bibliographie). — J. GUILLEN et M. RODRIGO, Histaminothérapie dans la lèpre (7 cas, 4 pages, bibliographie). — C. DUENAS et G. PRATS, Étude statistique comparative des années 1943 et 1944 (14 pages). — *Analyses*.

[Ces deux numéros sont déposés à la bibliothèque du Musée de l'hôpital Saint-Louis, à la disposition des lecteurs. Les *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie* souhaitent cordialement bienvenue et succès à cette nouvelle *Revue*, *An*].

A. TOURAINE.

DIVERS. — Fontilles (Travaux sur la lèpre), n° 3, juillet 1945, pp. 211 à 280, 24 figures.

Le troisième numéro de cette intéressante revue consacrée à la lèpre renferme les articles suivants :

VILANOVA MONTIU, Anatomie pathologique générale de la lèpre (pp. 211 à 224, 4 figures). — C. DUENAS et A. JIJON, Manifestations oculaires de la lèpre, en relation avec le critérium actuel de classification (pp. 225 à 237, 9 figures, bibliographie). — R. PASCUAL, Hyperesthésie plantaire, élément de pronostic et de traitement de la lèpre (pp. 238 à 243). — J. MORA PONS, Trois cas de bouton d'Orient (pp. 244-245, 6 figures). — X. VILANOVA, J. ESTELLER et J. GUILLÉN, Lèpre tuberculoïde (pp. 246 à 259, une observation détaillée, avec nombreuses biopsies, 5 figures). — M. R. ABAD, Commentaires sur la réaction de Mitsuda et sa haute valeur diagnostique et pronostique (pp. 250 à 264, bibliographie). — *Analyses* de travaux récents sur la lèpre.

[Ce numéro est déposé à la bibliothèque du Musée de Saint-Louis].

A. TOURAINE.

E. Alexander-Jackson. — **Formes non acido-résistantes du mycobacterium de la lèpre humaine** (Non-acid-fast forms of the mycobacterium of human leprosy). *Science*, t. **101**, 1er juin 1945, p. 563.

Exposé d'une méthode de coloration triple qui révèle une forme non acido-résistante du *Mycobacterium* de la tuberculose et que ne décèle pas la technique de Ziehl habituelle.

Application de cette méthode à la lèpre. Sur 34 cas : 84 p. 100 montrent des formes zoogléiques et granuleuses ou sporoïdes, 50 p. 100 une forme zoogléique pure, 40 p. 100 des formes acido-résistantes et 34 des formes mélangées acido-résistantes (rouges) et non acido-résistantes (bleues). Il en résulte que des cas de lèpre authentique peuvent être méconnus bactériologiquement.

A. Touraine.

V. Chorine. — **Nouvelle réaction de floculation de la lèpre.** *Annales de l'Institut Pasteur*, t. **70**, 1944, nos 9-10, pp. 257-276 et nos 11 et 12, pp. 341-356.

C. rappelle les réactions proposées et leur valeur. Il a réussi à isoler un principe actif à partir des globules rouges formolés et utilisant comme solvant soit l'éther sulfurique, soit l'acétone, soit l'alcool. L'extrait alcoolique de globules rouges de mouton s'est montré le plus intéressant. Il propose de le nommer *indicateur sérologique*. Cet extrait alcoolique de sang formolé flocule de façon élective en présence de sérum lépreux. Il existe 2 zones distinctes de floculation. Une, beaucoup plus spécifique, avec les doses importantes de sérum, et une autre, moins spécifique, où le rapport sérum-antigène est beaucoup plus faible. Cette deuxième zone de floculation est commune à tous les sérums. Dans cette zone la floculation est faible pour les sérums normaux, plus intense plus les sérums syphilitiques, encore plus intense pour les sérums lépreux.

Les mêmes extraits de tissu non formolés ne floculent pas en présence de sérum lépreux. La formolisation préalable des tissus est nécessaire. L'extraction doit être faite avec de l'alcool à 90°. A un degré plus faible les susbtances actives ne sont pas extraites. L'alcool absolu permet d'obtenir des floculations très intenses mais au détriment de la spécificité. Les sérums chauffés à 55° pendant trente minutes floculent plus intensivement que les sérums non chauffés ou chauffés à des températures plus faibles ou plus élevées.

Cette floculation est indépendante des réactions de Verne à la résorcine, au péréthynol, de la réaction de Henry, de la réaction de Bordet-Wassermann.

La réaction a été éprouvée sur 200 sérums lépreux et 100 non lépreux; cette réaction de technique simple paraît donner des résultats intéressants au point de vue pratique. On trouvera dans les importants mémoires les détails de préparation de l'extrait, la technique de la réaction (réaction de floculation avec mesure au photomètre de V. B. Y. de la différence de degré photométrique entre le tube avec extrait et le témoin), un tableau de 200 malades observés à l'Institut central de la Lèpre de l'A. O. F. à Bamako.

H. Rabeau.

E. Lépinay. — **Un nouveau cas européen de maladie de Hansen contractée au Maroc.** *Maroc-Médical*, année **25**, n° 259, avril-mai 1946, p. 60.

♀ de 62 ans, vit, depuis 1910, dans les quartiers indigènes de plusieurs villes au Maroc. Début d'une lèpre mixte en 1939 ; confirmation du diagnostic par l'examen d'un lépreme.

A. Touraine.

Ch. Flandin, A. Bassel et G. Bureau. — **Eruption de lèpre cutanée aiguë avec bacillémie semblant déclanchée par la guerre et la captivité.** *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, 3e série, année **60**, 1944, nos 19, 20, 21, 22, 23, 24, p. 301.

Hindou de 28 ans, mobilisé au début de la guerre, prisonnier à Tobrouck, envoyé en Italie puis en Allemagne, enfin au Pavillon de Malte à Saint-Louis, présentant une éruption généralisée de lépromes jeunes avec tendance à la confluence à la face et aux avant-bras. Aucun signe de lèpre nerveuse. Les lépromes fourmillent de bacilles de Hansen. On en trouve aussi dans le mucus nasal, dans le sang. L'origine de ce cas de lèpre est difficile à préciser ; l'hypothèse du déclenchement d'une poussée cutanée au cours l'une lèpre latente de type nerveux, semble difficile à retenir, mais plutôt celle d'une contamination au cours de la campagne en Irak et en Syrie où la lèpre est endémique.

H. Rabeau.

O. F. Juliao (São Paulo). — **Contribution à l'étude du diagnostic clinique de la lèpre nerveuse** (Contribuição para o estudo do diagnostico clinico da lepra nervosa). São Paulo, 1945, 203 pages, 83 figures, bibliographie.

Importante thèse d'agrégation de neurologie soutenue le 15 janvier 1945 devant la Faculté de São-Paulo. Richement documentée, appuyée sur 91 observations personnelles, elle passe en revue les manifestations motrices, sensitives, trophiques, vasomotrices et sécrétoires de la lèpre nerveuse et insiste sur les troubles sensitifs de type ramusculaire, l'anidrose, l'alopécie, l'arréflexie vaso-motrice, l'hypertrophie des nerfs périphériques, les paralysies amyotrophiques du cubital, du sciatique poplité externe et du médian, les paralysies partielles du facial, le mal perforant plantaire, l'ostéolyse progressive, concentrique des extrémités. C'est de la prédominance de certains de ces troubles, de leurs types de distribution et d'association, de leur évolution que découlent les multiples aspects neurologiques de la lèpre et ses formes cliniques.

Facile lorsqu'il existe des lésions cutanées, le diagnostic peut devenir très malaisé dans ces formes nerveuses pures. Les principales causes d'erreur sont discutées, exemples à l'appui (gliose, tumeurs médullaires, myélodysplasies, amyotrophies spinales, sclérose latérale amyotrophique, lésions des plexus et des nerfs périphériques). Souvent, il sera nécessaire de recourir aux épreuves de laboratoire (recherche du bacille, sérologie, épreuve de l'histamine, de la pilocarpine, réaction de Mitsuda, etc.).

[Ouvrage déposé à la bibliothèque Feulard, à l'hôpital Saint-Louis].

A. Touraine.

Silverio Gallego Calatayud. — **Une question d'ordre général à propos de la thérapeutique de la lèpre** (Una cuestion de orden general acerca de la terapeutica de la lepra). *Medicina española* (Lecturas dermosifiliograficas de actualidad), année **6**, no 58, **novembre 1943, p. 732.**

La lèpre est une des maladies infectieuses et contagieuses dans le déterminisme desquelles interviennent de manière évidente des facteurs de divers ordres : constitutionnels, raciaux, géographiques, alimentaires, etc..., qui, s'ils pouvaient être toujours démontrés, donneraient souvent la raison de faits paradoxaux souvent observés dans l'épidémiologie de cette affection.

L'efficacité de l'unique thérapeutique susceptible d'améliorer la symptomatologie et l'évolution — l'huile de chaulmoogra et ses dérivés — se trouve elle aussi dépendre à la même série de facteurs énigmatiques.

Moiser, qui dirige un centre léprologique au Nigeria n'a jamais obtenu de résultats satisfaisants avec l'huile de chaulmoogra. Des incidents de service l'amènent à la station léprologique de Ngomahum dans la Rhodésia du Sud. Là, les mêmes préparations d'huile de chaulmoogra, à peu près inefficaces dans le Nigeria, se mon-

trent si actives que les milieux officiels se demandent s'il n'y aurait pas lieu de concentrer dans cette léproserie tous les lépreux européens de l'Empire Britannique afin de les traiter avec le maximum de chances de succès. Cette expérience de Moiser est rapportée dans la monographie de M. Oberdorfer « Ueber Leprabekampfung ».

J. MARGAROT.

SILVERO GALLEGO CALATAYUD. **Autour du traitement de la lèpre par le radium ou la radiothérapie** (Acerca del tratamiento de la lepra por la radio o radiumterapia). *Medicina española* (Lecturas dermatosifiliograficas de actualitad), t. **10**, n° 56, septembre 1943, p. 347.

Gil y Gil (*La med. col.*, 367, 1943), se basant sur les résultats obtenus dans la tuberculose cutanée par le radium et les rayons X, propose de faire des recherches systématiques sur la possibilité de traiter la lèpre par les mêmes agents.

Silverio Gellego Catalayud remarque qu'en dépit de l'affinité morphologique tinctoriale des germes des deux maladies, elles sont d'essence nettement distincte tant du point de vue pathologique qu'au point de vue anatomo-pathologique.

Cette différence est absolue dans la forme la plus fréquente de la maladie de Hansen, la forme lépromateuse. Celle-ci est caractérisée par la formation d'un granulome réactionnel spécifique dans lequel abondent les typiques « Schaumzellen » (cellules spumeuses) et par la pullulation en masse (insoupçonnée par le profane) du *Mycobacterium lepræ* dans presque tous les tissus du malade.

L'action locale des agents physiques utilisés peut entraîner la disparition des lépromes incriminés sans que la maladie généralisée soit influencée.

En revanche la forme tuberculoïde de la lèpre, caractérisée par des follicules histologiques en tous points analogues au follicule tuberculeux, paraît constituer l'indication majeure.

La radiothérapie peut encore être utilisée sous la forme d'applications sur le sympathique spinal pour améliorer les névrites et diminuer les troubles trophiques.

J. MARGAROT.

V. CHORINE. — **Traitement des lésions oculaires de la lèpre.** *Bulletin de l'Académie de Médecine*, année **109**, 3e série, t. **129**, nos 13, 14 et 15, séance du 17 avril 1945, pp. 230-232.

Essayant les sulfamides dans le traitement de la lèpre humaine et murine, l'auteur a constaté que la para-amino-phényl-sulfamide en solution concentrée, injectée par voie sous-cutanée au niveau des lésions lépreuses, provoquait la régression et finalement la disparition des lésions situées au voisinage du lieu d'injection.

Les injections péri-orbitaires de ce produit arrêtent l'évolution des lésions oculaires et provoquent une régression parfois importante des lésions récentes. D'autres lésions, telles que la rhinite, les nodules, l'infiltration de la peau du visage sont très améliorées par ce traitement et guérissent parfois cliniquement. Dans certains cas les nodules du corps, non traités localement, régressent ou disparaissent complètement, ce qui montre que l'efficacité du traitement dépasse le cadre d'une thérapeutique locale.

La sulfamide étant peu soluble dans l'eau, l'auteur a utilisé un mélange d'acétamide et de sulfamide selon la formule suivante : acétamide 60 grammes, sulfamide 15 grammes, eau distillée q. s. pour 100 centimètres cubes. L'activité thérapeutique de cette solution est due uniquement à la sulfamide, car l'acétamide est sans action sur la lèpre, même à doses élevées. Les injections étant très douloureuses, il est recommandé de recourir à une anesthésie locale préalable sous forme d'injections de stovaïne à 1 ou 2 o/o. Les injections sont faites une fois par semaine dans

des endroits différents, en raison de l'œdème important qui se produit à la suite de chacune d'elles.

Aucune complication grave n'est à signaler. On assiste parfois à la formation d'abcès stériles, dus à la mauvaise résorption du médicament, surtout quand la dose injectée a été trop élevée ou la solution de sulfamide trop concentrée.

L'ingestion buccale du même produit demeure sans action.

LUCIEN PÉRIN.

4z. — *Dermatoses exotiques.*

F. BEAUJARD. — **Le traitement de la peste par les sulfamides**. *Thèse de Paris*, 1942, R. Foulon, éd., 66 pages.

L'auteur a pu réunir 37 cas de peste bubonique traités soit avec le 693, soit avec le 1162 F associé ou non au sérum : 9 décès soit 76 o/o de guérisons, ce qui montre une nette amélioration sur le taux de mortalité habituel (35 o/o). Inefficacité chez l'enfant où la septicémie précoce est fréquente. Inefficacité dans la peste pulmonaire et la peste septicémique.

Le sérum aurait plutôt une action antitoxique tandis que les sulfamides auraient une action surtout antibactérienne.

L. GOLÉ.

4aa. — *Infections à germes indéterminés.*

R. LUTEMBACHER. — **Maladie de Bouilland. Localisations cutanées.** *Le Médecin français*, année **6**, 10 juin 1946, n° 11, pp. 167-168.

Rappel des manifestations cutanées du rhumatisme aigu, auxquelles n'appartiennent ni l'érythème polymorphe ni l'érythème noueux ni le purpura ni, probablement, l'érysipèle rhumatismal de Perroud, de Grenet et Levent. Y ranger les *œdèmes cutanés* péri-articulaires ou indépendants des articulations (Potain), l'*érythème papuleux* ou *érythème marginé en plaques discoïdes* de Besnier. Description de ce dernier type et de ses deux formes cliniques, papuleuse et marginée (une observation personnelle de la forme marginée est rapportée en détail).

A. TOURAINE.

A. CAMPBELL, G. GRIFFITH et W. LEAKE (U. S. A.). — **Manifestations cutanées du rhumatisme fébrile** (Skin lesions of rheumatic fever). *United States Naval Medical Bulletin*, mars 1946, d'après *The Urologic and Cutaneous Review*, année **50**, n° 3, mars 1946, pp. 180-181.

Les A. rappellent que Lehndorff et Leiner ont décrit en 1922, sous le nom d'érythème annulaire rhumatismal, une éruption absolument spécifique du rhumatisme fébrile, et qui ne se produit dans aucune autre affection. Il s'agit de taches érythémateuses circinées ou gyratées (roséole annulaire avec chorée, de Bright, 1831). Keil distingue une forme papuleuse simple (érythème papuleux rhumatismal) et des formes annulaires dans lesquelles il inclut, comme sous-groupes, l'érythème marginé rhumatismal, avec bords surélevés, et l'érythème annulaire rhumatismal de Lehndorff et Leiner, annulaire ou gyraté mais non surélevé.

Presque tous les cas observés par les auteurs appartenaient au type Lehndorff et Leiner. « L'éruption est si caractéristique que le diagnostic de rhumatisme fébrile peut être fait par sa seule présence ». Elle siège surtout sur le tronc, quelquefois sur les bras et les jambes, jamais à la face. Ce sont des éléments assez larges, roses,

circinés ou gyratés, visibles mais non palpables qui apparaissent ou deviennent plus nets quand le malade est resté la peau nue quelques minutes; ils ont en général 1 ou 3 centimètres de diamètre, mais peuvent atteindre 9. Ils se développent et disparaissent avec la même rapidité que l'urticaire et leur forme varie d'heure en heure. Dans les formes florides, les bords sont particulièrement nets; dans les cas moins accentués, la limite devient plus indécise et se perd peu à peu dans un réseau cyanotique. Les petits éléments ont assez souvent l'aspect de ceux de la rougeole. Dans les formes surélevées, le relief existe dès le début, mais à pente douce, en forme de papule. L'impression des A. est que ces rhumatisants font plus d'urticaire que les autres malades.

L'autre type de lésions observées par les A. consiste en plaques larges, surélevées, molles, légèrement œdémateuses qui apparaissent au début du rhumatisme, souvent sur les articulations touchées. Certaines ont un aspect érysipélateux. Quand elles atteignent 2 ou 3 centimètres et se disséminent sur les extrémités elles rappellent l'érythème polymorphe et même, s'il y a infiltration de la peau, l'érythème noueux. Elles obéissent au salicylate aussi bien que les arthrites. Quoique causées directement par le rhumatisme, elles peuvent aussi être provoquées par divers médicaments.

Des nodules sous-cutanés, de consistance fibreuse et même osseuse, dans les tendons, les ligaments, les aponévroses, quoique depuis longtemps rattachés au rhumatisme, sont moins spécifiques puisqu'on les a observés dans la syphilis, le pian, les pseudo-rhumatismes infectieux. On les voit surtout aux coudes, parfois aux genoux et même sur d'autres articulations. Au nombre habituellement de 1 à 3 chez un même malade, on a pu en compter 30 à 40.

A. Touraine.

G. Boysen (Oslo). — **L'érythème infectieux** (Erythema infectiosum). *Acta paediatrica*, t. **31**, fasc. 2, 31 décembre 1943, pp. 211-223, 4 figures, bibliographie.

Après un long rappel des signes de l'érythème infectieux ou mégalérythème épidémique ou cinquième maladie, B. expose brièvement ses propres constatations dans 52 cas personnels (28 filles, 24 garçons, de 2 à 35 ans mais surtout de 10 à 11 ans). Tous ont été conformes à la description classique de Sticker (1899). Il n'y a eu polyadénopathie que dans 16 cas. Une éosinophilie sanguine d'environ 5 o/o a été la règle. 37 cultures d'exsudats du pharynx ont été faites pour rechercher le streptocoque hémolytique, 25 sont restées négatives, 6 ont été pauvres, 5 modérément riches et une seule abondante.

A. Touraine.

P. Thibaudeau. — **Le syndrome neuro-œdémateux épidémique (maladie de Debré et J. Marie)**. *Thèse Paris*, 1944, n° 373, Arnette édit., 44 pages, bibliographie.

Revue générale de cette affection d'après une dizaine de cas dont les 4 initiaux de Debré et J. Marie, de 1940-1941 (rapportés brièvement).

La première période, atypique, a l'allure d'une rhino-pharyngite avec toux, fièvre, douleurs spontanées, paroxystiques, capricieuses, de sièges divers; elle dure 1 à plusieurs semaines. La seconde période, révélatrice, se caractérise par des œdèmes larges ou généralisés, surtout intenses, presque monstrueux, à la face, sans signes urinaires, vasculaires ou sanguins, de 2 à 4 semaines de durée, et par un syndrome neurologique inconstant, constitué par des douleurs spontanées, intenses et intermittentes et par des paralysies massives, flasques, électives, des muscles de la statique vertébrale et de la ceinture pelvienne, procédant par poussées (liquide céphalo-rachidien normal). La mort peut survenir en 1 à 2 jours par paralysie respiratoire; la guérison est possible, sans séquelles, en 3 à 4 semaines.

Dans le cas de Lhermitte on a trouvé une dégénération des cellules de la colonne de Clarke; le bulbe et les nerfs étaient normaux.

Il s'agit probablement d'une affection autonome, distincte du béribéri par l'absence d'une notion de carence, d'hypertrophie cardiaque, due peut-être à un virus neurotrope.

A. Touraine.

L. Kumer (Vienne). — **Sur les affections aphteuses** (Ueber Aphtenkrankheiten). *Medizinische Klinik*, année **39**, nos 17-18, 30 avril 1943, pp. 342-345, très courte bibliographie.

Dans un article destiné au grand public médical, K. brosse une fois de plus les tableaux cliniques (en les opposant) de la stomatite aphteuse et des aphtes chroniques récidivants. A la première il rattache l'aphtoïde de Popischill, aux seconds les aphtes solitaires. Très brève mention de l'aphtose de Neumann et du tri-syndrome de Behcet. Pas de mention des conceptions unicistes.

A. Touraine.

T. Stenström (Hälsingborg, Suède). — **Clinique de la fièvre aphteuse et du piétin chez l'homme à la lumière des recherches les plus récentes** (Die Klinik der Maul- und Klauenseuche beim Menschen im Lichte der jüngsten Forschung). *Acta medica scandinavia*, vol. **107**, fasc. 3-4 14 mai 1941, pp. 372-390, 1 figure, bibliographie.

A l'occasion d'un cas personnel, chez une paysanne de 24 ans, étude critique des observations antérieures dont 9 paraissent indiscutables (2 d'entre elles, de Pape, de Flaum, sont rapportées). Description de la maladie. Aucun fait précis ne démontre l'inoculation de la maladie par la peau, chez l'homme; il existe au contraire des arguments certains en faveur de l'inoculation par la bouche, le pharynx, l'intestin.

A. Touraine.

J. Katzellenbogen (Jérusalem). — **Ulcérations aphteuses récidivantes des muqueuses buccales et génitales associées avec une iritis à hypopion recidivante (syndrome de Behcet). Observations de trois cas** (Recurrent aphtous ulceration of oral mucous membrane and genital associated with recurrent hypopion iritis (Behcet's syndrome). Report of three cases). *The British Journal of Dermatology and Syphilis*, **58**, no 7-8, juillet-août 1946, pp. 161-172. Bibliographie [très incomplète].

En 1941, Tage Jensen réunissait 11 cas de ce syndrome, K. y ajoute les 3 de Franceschetti et Valerio (1940), ceux de Knapp (1941), Schultheiss-Linder (1941), Berlin (1944), Ephraim (1944), Jensen (1944) [et en oublie bien d'autres, *An.*]. Il confond, d'ailleurs à tort, l'ectodermose érosive pluriorificielle de Fiessinger et Rendu avec le « dit » syndrome de Behçet [qui, si on ne veut pas lui reconnaître le nom d'aphtose donné par Touraine, mériterait mieux celui de « syndrome de Weekers et Reginster », puisque ces auteurs l'ont étudié avant Behçet, *An.*]. Il lui rattache, probablement à juste titre, aussi la dermatostomatite de Baader (1925).

K. en rapporte 3 cas observés en 3 ans, chez des arabes.

♂, 24 ans, depuis 4 ans ophtalmie, ulcérations récidivantes tous les 2 à 3 mois sur la verge, le scrotum, les joues, le voile du palais, épididymite : poussées de fièvre, de douleurs dans les membres, iritis à hypopion, érythème noueux.

♂, 41 ans, début en 1936, reliquats d'un ancien trachome, iritis, lésions aphtoïdes récidivantes de la bouche, de la verge, du scrotum ; épididymite à rechutes, érythème noueux, folliculites.

♂, 25 ans, depuis 1941 poussées d'ulcérations sur la bouche, la lèvre inférieure, le scrotum ; 2 ans et demi plus tard iritis récidivante à hypopion, hémorragies du corps vitré, cécité.

Chez tous, hypersensibilité de la peau (pustules et érythème quelques heures après piqûre de la peau).

Discussion, sans conclusion, des hypothèses étiologiques : virus pour Behçet,

septicémie latente pour Gilbert, uvéite allergique pour Weekers. Échec de tous traitements. [Pas de mention des rapports avec les aphtes et de la notion d'aphtose, *An.*].

A. Touraine.

C. Levaditi. — **Taille du virus aphteux, souche dermotrope et neurotrope.** *C. R. Soc. de Biologie*, 24 juillet 1943, t. **137**, 1943, p. 429.

La souche neurotrope mesurerait 20 à 24 mμ en ultrafiltration, 65 à 110 mμ par l'irradiation a du radon. La souche dermotrope aurait, par les mêmes méthodes, 8 à 12 mμ et 30 mμ. Mais il semble que ces différences ne soient probablement dues qu'au milieu de culture, le cerveau favorisant, pour la souche dermotrope, une lyse tissulaire intégrale.

A. Touraine.

C. Levaditi, R. Pérault et C. Sergent. — **Effets des inoculations de la souche neurotrope du virus aphteux dans la membrane chorio-allantoïde de l'œuf incubé de poule.** *C. R. Soc. de Biologie*, t. **138**, 1944, p. 139.

Cette souche peut, en un tel milieu de culture, déterminer des lésions épithéliales et mésodermiques analogues à celles qu'elle provoque dans l'épiderme plantaire du cobaye. Elle n'a cependant pas de potentiel pathogène et l'on n'obtient pas de passages réguliers.

A. Touraine.

C. Levaditi. — **Quelques particularités de l'encéphalite provoquée chez la souris par la souche neurotrope du virus aphteux.** *C. R. de la Société de Biologie*, 26 juin 1943, t. **137**, 1943, p. 346.

Dans la forme chronique de cette encéphalite, L. a constaté, chez une souris, au 18e jour de l'inoculation, une dilatation des ventricules, comme dans la maladie de Nicolas-Favre, et des foyers de calcification.

Une vacuolisation du cortex, aboutissant à une véritable cavitation caractérise, en 1 à 4 jours, la forme aiguë de la même encéphalite.

A. Touraine.

C. D. Miller et D. W. Mc Lntyre. — **Maladie de Reiter ; uréthrite, conjonctivite et arthrite** (Reiter's Disease (Urethritis, conjunctivitis and arthritis). *Annals of Internal Medicine*, octobre 1945, d'après *The Urologic and Cutaneous Review*, vol. **50**, n° 1, janvier 1946, p. 66.

♂, 30 ans. A 15 ans, brusquement forte fièvre, hématurie abondante, arthralgies, quelques jours plus tard conjonctivite purulente, douloureuse avec photophobie ; guérison en un mois ; tous examens négatifs. Quatre ans plus tard, urétrite, cystite, arthralgies, conjonctivite, fièvre ; hématurie et dysurie le premier jour. En août 1937, nouvelle poussée d'arthrite très douloureuse du coude gauche puis des deux genoux ; puis, quelques jours plus tard, forte hématurie, uréthrite purulente, conjonctivite ; examens de laboratoire négatifs, sauf streptocoque non hémolytique dans le sang. Nouvelle crise avec conjonctivite, épisclérite, uréthrite purulente, douleurs dans un index et les deux genoux ; pas de coït antérieur ; guérison en 3 semaines, laboratoire négatif.

A. Touraine.

S. Kove (New-York). — **Syndrome de Stevens-Johnson (fièvre éruptive avec stomatite et conjonctivite)** (Steven-Johnson syndrome (Eruptive fever with stomatitis and conjunctivitis). *The American Journal of the medical Sciences*, vol. **210**, n° 5, novembre 1945, n° 884, pp. 611-623, 9 figures, bibliographie.

Stevens et Johnson ont décrit, en 1922 (*Am. J. Dis. Child.*, **24**, 1922, 526), sous la deuxième de ces dénominations, un tableau clinique qui se distinguerait de l'érythème polymorphe bulleux habituel par le début brusque de la fièvre, la forte atteinte de l'état général, l'intensité de la stomatite (œdémateuse et pseudo-membra-

neuse) et de la conjonctivite purulente (souvent avec panophtalmie et même cécité absolue); l'éruption cutanée, maculo-papuleuse ou vésiculeuse, est de gravité très variable; guérison en 2-3 semaines, mais rechutes possibles; leucopénie ou faible leucocytose; recherches de laboratoire sans résultats.

Étude détaillée de deux observations personnelles chez des étudiants de 19 ans, avec faible éruption cutanée, forte atteinte des muqueuses buccale, oculaire, génitale. Guérison par la sulfadiazine et la pénicilline. Parenté possible de son virus avec celui des oreillons.

[On peut se demander si les arguments invoqués sont suffisants pour individualiser un tel syndrome et le séparer de la forme dite grave de l'érythème polymorphe, An].

A. Touraine.

J. Legros (Liège). — **La périartérite noueuse ou maladie de Kussmaul-Maier.** *Archives françaises de Pédiatrie*, **3**, n° 3, 1944-1945, pp. 113-119, 5 figures. Bibliographie.

L'auteur relate une observation personnelle, chez une fille de 9 mois et chez laquelle le diagnostic a été fait en raison des *manifestations cutanées* : œdèmes, éruption maculeuse avec nombreuses taches purpuriques et petits nodules sous-cutanés sur les membres inférieurs, le tout avec fièvre élevée, pression douloureuse des muscles des membres, sans adénopathie. Le diagnostic fut confirmé par la biopsie.

Revue générale des symptômes, des complications et des hypothèses étiologiques. La guérison a été obtenu par le dagénan.

A. Touraine.

F. Ronchese (Providence, U. S. A.). — **Dermatite vaccinale [Pustulose varicelliforme de Kaposi** (Dermatitis vaccinica (Kaposis varicelliform eruption). *Archives of Dermatology and Syphilology*, t. **47**, mai 1943, pp. 613-619, 2 figures, bibliographie.

On sait que certains auteurs continuent à distinguer ces deux affections, alors que d'autres, avec Ellis et Tedder, affirment leur identité. Les 2 observations de l'A. sont en faveur de cette dernière opinion.

1° Nourrisson de 15 mois, atteint d'eczéma des bras, de la poitrine, du cou, de la face. Explosion d'une pustulose sur ces régions. Guérison par sulfathiazol, sans cicatrices. Pas de causes apparentes. Inoculation à la cornée du lapin sans résultats (mort rapide de l'animal ;

2° Nourrisson de 22 mois, eczémateux. Éruption vacciniforme des bras, des coudes, de la face. Guérison sans cicatrices. Contacts antérieurs avec deux de ses sœurs, récemment vaccinées. Pas d'inoculation à la cornée du lapin.

A. Touraine.

4ac. — *Rickettsioses.*

R. Pirot et M. Bourgain. — **Etat actuel de nos connaissances sur les rickettsioses humaines et animales.** *Médecine tropicale*, année **3**, n° 3, mai-juin 1943, pp. 179-194, bibliographie.

Bonne vue d'ensemble sur ce groupe de maladies qui intéressent la dermatologie en raison de l'éruption rubéoliforme ou maculo-purpurique qui est l'une de leurs communes caractéristiques, qui est généralisée, y compris les paumes et les plantes et qui s'accompagne de fièvre et de symptômes nerveux.

Exposé de leurs diverses classifications et des données nouvelles sur les rickettsies.

A. Touraine.

20ae. — Syphilis (Pénicillothérapie).

J. Marshall. — **Pénicilline dans le traitement de la syphilis** (Penicillin in treatment of syphilis). *Royal Society of Medicine* (séance du 12 février 1946) ; *British Medical Journal*, 2 mars 1946, p. 323.

Le Lieutenant-Colonel J. Marshall rapporte de nombreux cas de syphilis récentes traités par 2.400.000 unités de pénicilline en 7 jours 1/2 sur 67 cas, 10 échecs après 6 mois de surveillance.

Au War Office, statistique sur 270 cas au bout de 6 mois : 8 o/o d'échecs. En même temps sur une série équivalente de malades traités par les 20 jours : arsénoxyde + bismuth : 2 o/o d'échecs.

J. M. a fait un essai de 2.400.000 unités en 7 jours 1/2, plus 10 jours d'injections quotidiennes de 0 gr. 09 de néohalarsine ou 0 gr. 06 de mapharside avec arrêt de l'arsenic si mal supporté et, dans ce cas, un total de 4.000.000 d'unités de pénicilline. 360 cas traités dont 240 par cette méthode et 120 par même dose de pénicilline, mais 14 injections arsenicales. Un tiers de ces cas ont été suivis pendant 4 à 6 mois; sur ce nombre, 3 récidives cutanéo-muqueuses, 1 cas possible et 1 cas certain de réinfection. Aucun cas de récidive sérologique.

J. M. se référant aux syphilis tardives a eu de bons résultats dans les gommes testiculaires, dans les kératites, bien que la pénicilline n'ait pas passé dans le liquide céphalo-rachidien.

Sa petite expérience sur des cas de neuro-syphilis lui a montré que plus la dose de pénicilline était forte, meilleurs étaient les résultats.

La technique pour la neuro-syphilis varie un peu et il arrive actuellement à 100 injections de 40.000 unités, soit 4.000.000 au total pendant 12 jours 1/2.

Ensuite il consolide avec Bi ou Bi + As pendant 6 mois.

Le Dr F. R. Selbie qui travailla avec le Colonel Marshall conclut avec lui en disant que le traitement par pénicilline doit être complété par de l'arsenic ou du bismuth.

Le Dr A. S. King a observé sur 105 cas 15 o/o d'échecs dont 13 o/o de récidives cliniques.

Le Brig. T. E. Osmond se rappelle l'enthousiasme comparable qui accueillit le 606, demande l'adjonction de Bi et d'As. Car, si la pénicilline, dans 99 o/o des cas, tue les tréponèmes, le 1 o/o restant doit être soigné autrement. De plus, les cas étiquetés réinfections sont, à son avis, des récidives.

Surg. Capt. Lloyd-Jones, sur 223 syphilis primaires et 72 secondaires, a eu 18 récidives en un nombre variable de mois. Avec les doses considérées actuellement comme minima, 13 injections quotidiennes de 300.000 unités ou 8 de 500.000 unités (syphilis primaires) et 16 injections quotidiennes de 300.000 ou 10 de 500.000 (syphilis secondaires); jusqu'à ce jour, pas de récidives.

Pour la syphilis héréditaire, le Dr Gladys Sandes parlant des formes florides où la mortalité était très élevée, conclut que le traitement pénicillinique constitue une grosse amélioration thérapeutique.

Mansour.

T. R. Lloyd-Jones, S. S. Allen et E. M. Donaldson. — **Traitement ambulatoire de syphilis récentes par la pénicilline** (Out-patient treatment of early syphilis with penicillin. A Survey of 215 cases treated by single daily injections). *British Medical Journal*, 13 April 1946, p. 567.

Les premiers traitements de la syphilis par la pénicilline tendaient à obtenir une concentration sanguine constante pendant une période arbitraire de 8 jours, cela nécessitait des injections répétées dans la journée, donc hospitalisation du malade.

Les A. ont d'abord essayé en juin 1944 (premier rapport en mars 1945) une seule injection quotidienne intraveineuse (série de 100 malades).

Les premiers résultats ayant été encourageants et ayant montré que la concentration sanguine constante n'était pas nécessaire, une seconde série (150 malades) fut traitée par dose unique journalière en intramusculaire.

Tous les cas cités ont été suivis au minimum 3 mois, certains pendant 15 mois.

Les trois ou quatre premiers mois, surveillance clinique et sérologique hebdomadaire puis mensuelle.

P. L. au début et au bout de 4 mois.

Quelles que soient les méthodes employées en pénicillothérapie, les résultats immédiats sont les mêmes quant à la disparition des tréponèmes, cicatrisation du chancre, etc.

Les A. publient ensuite des tableaux de traitements effectués : d'abord 35 cas traités par la méthode habituelle : 15 à 40.000 unités toutes les 3 heures avec un total de 1,2 à 2,4 méga-unités (méga-unité = 1.000.000 U. O.). Aucun virage des séro-réactions près surveillance de 3 à 12 mois.

Une série de 102 cas traités par une intraveineuse unique quotidienne :

1° 78 cas : 300.000 unités pendant 8 à 13 jours ; 2,4 à 3,9 méga-unités ; 7 rechutes (virages des S. R.) : 9 o/o.

2° 24 cas : 500.000 unités pendant 5 à 10 jours; 2,5 à 5 méga-unités; 1 virage : 4,2 o/o. Surveillance de 3 à 10 mois.

Pour comparer, on pratique sur 113 malades une injection intramusculaire quotidienne unique :

1° 109 cas : 300.000 unités de 8 à 10 injections; total de 2,4 à 4,5 méga-unités; 6 virages : 5,5 o/o.

2° 4 cas : 500.000 U. O.; 8 injections; 4 méga-unités; 0 rechute. Surveillance de 3 à 7 mois.

Les A. ont fait sur 30 cas des essais de traitement intensif mais étagés sur un temps très court, allant de 1 méga-unité par jour pendant 5 jours (50 o/o de virage des S. R.), à 5 méga-unités en 1 injection : 100 o/o d'échecs.

D'après les résultats observés, les A. préconisent les schémas suivants :

I. — Aux doses de 300.000 unités quotidiennes :

a) Syphilis primaire : *α) précoces* (séro-négatives) : 10 injections soit 3 méga-unités;

β) moyennes (séro-négatives virant au cours du traitement et se négativant à la fin) : 12 injections, 3,6 méga-unités ;

γ) tardives (séro-réactions positives) : 13 injections, 3,9 méga-unités.

b) Syphilis secondaire : 15 injections, 4,5 méga-unités.

II. — Aux doses de 500.000 U. O. :

a) Syphilis primaire : 8 injections, 4 méga-unités;

b) Syphilis secondaire : 10 injections, 5 méga-unités.

Bien qu'il semble que la pénicilline calcique ait les mêmes effets, les A. ont

utilisé uniquement la pénicilline sodique dissoute dans 2 à 3 centimètres cubes d'eau stérile.

Aucun incident ne fut observé sauf parfois un conflit thérapeutique du début et qui n'interrompit pas le traitement.

Un point important est à noter : 10 malades, primitivement traités pour blennorragie et ayant reçu : un 800.000 U. O. (injection unique), un 300.000 U. O. (injection unique), les autres 150.000 (5 injections de 30.000), ont présenté dans les limites considérées comme normales pour l'incubation, une syphilis. Il est intéressant de souligner que même les doses relativement fortes n'ont pas « masqué » la syphilis.

Enfin, quelques cas de neuro-syphilis furent traités, on constata que, quand il n'y a pas de méningo-syphilis, la pénicilline fut retrouvée dans le liquide céphalo-rachidien. Les A. suggèrent qu'il faut employer pour la neuro-syphilis des doses très fortes. MANSOUR.

1e. — *Généralités* (Articles d'ensemble).

R. M. B. MacKenna (Liverpool). — **On military Dermatology** (Sur la dermatologie militaire). *British Medical Bulletin*, vol. **3**, 1945, nos 7-8, art. 730, pp. 158-161.

Article général sur la dermatologie dans l'armée anglaise, pendant la guerre de 1940-945. Le pourcentage des affections cutanées a été de 23,7 p. 1.000 hommes de troupe pendant la guerre d'Afrique du Sud (1899-1902)), de 40,9 dans les troupes de l'Empire et de 126,1 dans celles de France et des Flandres pendant l'année 1915 et de 10 p. 100 de toutes les hospitalisations en 1940-1945 (sans les blessures de guerre). Sauf certaines (telles que la gale, soignée dans les unités), toutes les dermatoses devaient être envoyées dans des centres spéciaux. Des mesures préventives énergiques ont été prises (par exemple contre les dermatites professionnelles des camoufleurs, contre les lucites des troupes du désert).

Les principales dermatoses ont été :

les *poux* : le pyrèthre et le derris ont été vite épuisés mais heureusement l'attaché militaire à Genève a signalé le D.D.T. redécouvert et industrialisé en 1939 par Geigy, de Bâle. Ainsi a été supprimée la pédiculose, déjà rare dans l'armée anglaise, et coupée l'épidémie de typhus à Naples, en 1943. L'armée allemande n'a pas compris l'utilité du D.D.T.;

la *gale* : elle a créé de nombreuses difficultés, mais elle a été vaincue par les doubles applications de pommades au benzoate de benzyle, dans la proportion de 95 p. 100 des cas;

l'*impétigo* et les affections voisines (ecthyma, etc.);

l'*eczéma* et les *dermatites de sensibilisation* (vêtements antigaz, masques, antiparasiticides, trichloronaphtalène, etc.);

les *teignes* et le *pompholyx*, en réalité assez rares (confirmés dans 10 p. 100 seulement des diagnostics cliniques).

Les deux remèdes principaux ont été la pénicilline (plusieurs pulvérisations par jour d'une solution à 200-1.000 u. par cm³) et le sulfathiazol en micro-cristaux (qui n'a donné de phénomènes de sensibilisation que dans 2 p. 100 des cas).

A. TOURAINE.

F. HELLIER. — **Dermatology in B. L. A** (La dermatologie dans la B. L. A.). *The British Journal of Dermatology and Syphilis*, **58**, no 7-8, juillet-août 1946, pp. 183-192.

La B. L. A. était la première armée britannique d'outre-mer à être munie d'une organisation dermatologique complète. La gale resta peu fréquente en raison de

l'emploi du D. D. T. contre les poux, et ces deux infestations restèrent aux environs de 1 par 1.000 hommes et par mois. Le fréquence des diverses affections cutanées hospitalisées en 9 mois (juillet 1944 à mars 1945) a été la suivante : impétigo : 1.828, furoncles : 467, charbon : 48, ecthyma : 283, sycosis : 230, piqûres de moustiques (en Normandie) : 86, gale : 636, teignes : 205, zona : 47, verrues : 195, eczéma et dermatite séborrhéique : 3.418, urticaire : 96, psoriasis : 187, hyperidrose : 60, acné : 86, dermatite herpétiforme : 30, ichtyose : 22, dermatites artificielles : 7, etc., au total 4.053 cas.

Mention spéciale est faite des piqûres de moustique (abondantes dans la région de Troarn, rappelant l'érythème polymorphe bulleux, infectées), d'aoûtats (limitées à certains secteurs, des chevilles à la taille). Deux éruptions particulières ont paru dues aux vêtements, l'une sur le dos, vésiculeuse, rappelant la varicelle, l'autre, avec 500 cas en Hollande, à début sur les trochanters puis sur les aisselles, le sacrum, la nuque, les flancs, etc., rappelant au début le pityriasis rosé puis finement papuleuse, souvent purpurique, en rapport avec les points de pression ou de frottement de la chemise et peut-être due à l'imprégnation de celle-ci par le D. D. T. Une carence probable en vitamines a déterminé une sécheresse de la peau avec kératose folliculaire des fesses, coudes, genoux. A Anvers, 70 cas de brûlures chez des enfants jouant avec des équipements allemands imprégnés de gaz moutarde.

La pénicilline en applications cutanées (200 à 500 U. par centimètre cube) a guéri 93 o/o de 150 cas d'impétigo en 8 jours, 43 sur 45 ecthymas en 15 jours. On a soigné plus de 500 dermatites sévères par sulfamides.

A. Touraine.

H. Perlman et M. Huffman. — **Highlights of the Conference in tropical Dermatology for American Doctors at Mexico City. 6-18 august 1945** (Vue d'ensemble de la Conférence sur la Dermatologie tropicale des médecins américains à Mexico-City, 6-18 août 1945). *The Urologic and Cutaneous Review*, **50**, nº 7, juillet 1946, pp. 419-424.

Cette conférence a porté sur la clinique et le laboratoire de l'actinomycose par *Actinomyces* aérobie, des chromoblastomycoses par *Hormodendron pedrosoi, compactum, Philophora verrucosa,* des leishmanioses mexicaines, cutanées (bouton d'Orient, leishmaniose américaine).

Une formule de traitement des mycoses des ongles, adoptée par l'armée américaine, est la suivante : acide salicylique : o gr. 65, acide benzoïque : o gr. 50, teinture d'iode : 12 centimètres cubes, alcool camphré : 60 centimètres cubes.

Contre la leishmaniose centro-faciale américaine on a recommandé les préparations à l'antimoine et l'iodo-bismuthate de quinine (échec de la pénicilline et des sulfamides).

A. Touraine.

H. L. Arnold. — **Statistique des dermatoses aux Iles Hawaï.** *Arch. of Derm. and Syph.*, **53**, nº 1, janvier 1946, pp. 6-9.

Simple statistique (3.948 cas) où figurent, au premier rang, les dermatophytoses, puis le psoriasis (plus rare que sur le continent), l'épithélioma (qui est rare chez les Japonais), un seul cas de pemphigus vulgaire. L. Golé.

Le gérant : G. Masson.

DÉPÔT LÉGAL : 1947, 1er TRIMESTRE, Nº D'ORDRE 533, MASSON ET Cie, ÉDITEURS, PARIS
BARNÉOUD FRÈRES ET Cie, IMPRIMEURS (31.0566). LAVAL, Nº 612. — 2-1947.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

SÉANCE DU 9 JANVIER 1947

Présidence de M. Flandin.

SOMMAIRE

Publication périodique mensuelle.

NÉCROLOGIE

par le Président Ch. Flandin.

Henri Leroux

Pharmacien en Chef de l'Hôpital Saint-Louis

1876-1946

Les anciens de la Société de Dermatologie se souviennent d'avoir remarqué en 1928, parmi les Internes et Externes qui se tiennent au fond de la salle pour s'instruire à nos séances, un homme plus âgé, aux cheveux blanchissants, à la moustache gauloise, au teint coloré, la tête penchée en avant, très attentif et modeste. Malgré sa blouse et sa capote d'hôpital, on ne pouvait le prendre pour un élève.

C'était Henri Leroux qui, de Bretonneau où il exerçait les fonctions de Pharmacien en Chef depuis 1911, venait de prendre le même poste à l'Hôpital Saint-Louis.

Sa modestie était telle que nous dûmes insister pour le décider à s'asseoir parmi nous, puis à devenir membre de notre Société en 1935.

Les médecins de Saint-Louis n'avaient pourtant pas tardé à le connaître et à l'apprécier, car il fréquentait nos services, nous demandait de l'aider dans ses recherches, de lui fournir du matériel d'exploration chimique, physique et biologique et nous aidait de son expérience, de son habileté, de son imagination pour tous les travaux et les examens dont nous pouvions avoir besoin.

Dans cette période de sa vie scientifique qui se poursuivit même au delà de sa retraite, M. Leroux donna les preuves d'une activité lucide et féconde ; il installa et organisa dans les locaux de la Pharmacie de l'Hôpital Saint-Louis un centre d'études et de recherches comme il en existe peu en France. Il réussit à obtenir un matériel complet et parfait et à réunir autour de lui des collaborateurs d'élite et des travailleurs ardents. Il sut même prévoir l'avenir et assurer la continuité de son œuvre, puisque Chéramy et Malangeau nous restent et suivent sa tradition en y ajoutant la note précieuse de leurs qualités personnelles et originales.

M. Leroux a travaillé toute sa vie. Bachelier ès Sciences en 1895, il acquiert en 1900-1901 les trois certificats d'Études Supérieures de chimie générale, de minéralogie, de physique générale et la licence ès Sciences physiques. En 1902, il est Pharmacien de 1re classe, en 1910, Docteur ès Sciences physiques.

Après avoir été préparateur du Cours de Chimie Organique de 1901 à 1908 sous la direction de Jungfleisch et assistant aux travaux pratiques de Chimie Biologique

en 1909, il fut nommé Pharmacien des hôpitaux en 1911. La même année, il devenait Pharmacien Chef de Bretonneau et en 1928 de Saint-Louis.

Entre temps, il avait concouru à l'Agrégation de Pharmacie en 1914 avec une remarquable Thèse sur les alcaloïdes de l'opium. On prit prétexte de sa difficulté d'élocution pour ne pas le nommer. Sa revanche fut de devenir un chef d'École et de faire arriver ses élèves. Peut-être le temps qu'aurait dû consacrer cet homme consciencieux à un enseignement élémentaire eût-il privé la Science de travaux originaux et l'Industrie de précieuses découvertes.

En effet, à ses fonctions de Pharmacien des Hôpitaux, M. Leroux ajoutait celle d'Ingénieur Conseil aux usines de Gennevilliers qui fabriquent le gaz de Paris et ce fut pour lui l'occasion de magnifiques travaux.

Chimiste organicien par sa formation première, physicien de haute classe, M. Leroux fut un des chercheurs et des réalisateurs dans cette branche nouvelle — la chimie physique — qui s'ébauchait en 1914 et qui alla depuis en se développant.

Son terrain d'étude — les hôpitaux — lui ouvrit le champ de la Biologie et il y récolta une ample moisson.

Énumérer ses travaux serait trop long. Les premiers en date, faits sous l'inspiration de Jungfleisch, concernent les principes immédiats de la *Gutta percha du Palaquium Treubi* et ont apporté des faits nouveaux importants sur l'analyse, les propriétés diverses et les nombreux dérivés qu'on peut obtenir en partant de la gutta percha.

L'étude des *produits hydronaphtaléniques* exposée dans la remarquable Thèse de Leroux pour le Doctorat ès Sciences physiques lui a permis la préparation d'une série de corps nouveaux dont certains extrêmement importants.

En 1914, les problèmes posés par la guerre tant au point de vue des explosifs qu'au point de vue de la guerre chimique amenèrent M. Leroux à faire de nombreuses recherches dont beaucoup sont restées inédites.

Ses travaux sur les *Phénols* et les *Crésols* ont fait époque. Il a découvert un procédé industriel de fabrication du Phénol pur. Grâce à lui, le Service des Poudres a pu avoir le Phénol indispensable à la fabrication des explosifs. Sans Leroux, la situation eût été critique et la victoire compromise. Ses réalisations concernant la constitution des *charbons* ont permis, d'une part, une meilleure utilisation de la houille, d'autre part, la préparation de charbons adsorbants actifs pour la fixation des gaz nocifs.

C'est à partir de l'entrée de M. Leroux dans les Hôpitaux, Bretonneau, puis Saint-Louis, que se posent à lui des questions se rapprochant de nos préoccupations médicales.

A la suite d'un accident survenu aux États-Unis, où par suite de l'inflammation spontanée de films nitro-cellulosiques survinrent de nombreuses intoxications par gaz, l'Assistance Publique se préoccupa de n'utiliser que des *films ininflammables*.

M. Leroux résolut le problème en ajoutant à la nitro-cellulose de l'acéto-cellulose dans des proportions suffisantes (5 à 15 o/o) pour élever la température d'inflammation spontanée à 475° au lieu de 180° sans que, pour cela, le film devienne cassant comme l'est le film d'acéto-cellulose pure.

M. Leroux signale à cette occasion que la combustion des films dégage de hautes teneurs de CO et de CO^2 : 6 à 8 o/o de CO^2, 4,7 à 8,3 de CO.

L'interférométrie, à la suite des travaux de Hirsch et de Abderhalden séduisit beaucoup d'esprits. M. Leroux chercha à vérifier la possibilité d'apprécier le fonctionnement des glandes endocrines et de détecter le cancer. Il ne put que vérifier l'inexactitude des conclusions des inventeurs.

Mais, il adapta l'interféromètre à la détermination de la composition des mélanges gazeux. Il put ainsi, avec son élève Bourdeau, utiliser l'interféromètre au lieu de l'endiomètre pour la détermination du métabolisme de base et obtenir des résultats beaucoup plus précis. Nous savons, par l'affluence des malades envoyés à la Pharmacie de Saint-Louis, que la supériorité de la méthode de M. Leroux est reconnue.

Une autre application de cette méthode est la détection des impuretés dans l'air. On peut apprécier une teneur d'un dixième de milligramme de benzène par litre d'air et éviter ainsi des intoxications lentes.

L'interférométrie permet également de déterminer l'indice de réfraction des liquides et de déceler la pollution des eaux potables ou la fraude des eaux minérales.

La *caractérisation et le dosage des carbures aromatiques*, qui provoquent de plus en plus d'accidents, ont amené M. Leroux à entreprendre une série d'importants travaux. Il a pu distinguer le *Benzénisme* dû aux seules vapeurs du Benzène, du *Benzolisme* provoqué par le mélange Benzène-Toluène-Xylènes. Le rôle de toutes les impuretés s'ajoutant à ces mélanges et compliquant leur action toxique est des plus importants. L'hygiène et la médecine industrielles sont redevables à M. Leroux de notions nouvelles d'un intérêt capital.

L'étude de la *viscosité sanguine* a pu faire de grands progrès grâce à M. Leroux. Il lui a donné une orientation nouvelle et a perfectionné le viscosimètre de Baumé. Il a pu, avec son élève Bernou, étudier les variations normales et pathologiques de la viscosité sanguine.

De longs développements seraient nécessaires pour montrer l'importance des travaux de M. Leroux sur cette question comme sur celle des *Porphyrines* et en particulier des *Porphyrines urinaires*.

L'extraction, la différenciation, le dosage au moyen de procédés photométriques nouveaux et de solutions étalonnées, des différentes porphyrines montrent l'esprit d'invention et la finesse de technique du savant M. Leroux.

J'ai déjà signalé son activité de recherches dans le domaine militaire dès la guerre de 1914. Lorsqu'arriva celle de 1939, beaucoup de problèmes furent posés à sa compétence et à son ingéniosité. La meilleure utilisation de la houille et de ses dérivés fut obtenue grâce à ses études méthodiques de la pyrogénisation. Les procédés de détection et de dosage de substances nocives dans l'air lui doivent beaucoup.

En 1939, il mit au point deux appareils de détection des gaz de combat, l'un pour la détection d'alerte, l'autre pour la détection rapide par pyrolyse. Ils furent installés dans tous les établissements dépendant de l'Assistance Publique.

Deux ans avant, sur une suggestion que m'avait faite le Pr Delépine, je demandai à M. Leroux d'établir une pommade au Permanganate de potasse avec un excipient nouveau, non graisseux, pour prévenir et traiter les lésions cutanées dues à l'ypérite. Ce fut le point de départ d'une série de recherches sur les excipients susceptibles de remplacer les corps gras dans les pommades. M. Leroux étudia ainsi toute la question des stéarates et des corps voisins.

Il en tira, dès 1938, une application pratique pour l'emploi du benzoate de benzyle contre la gale. Plusieurs communications sur ce sujet ont été faites devant notre Société. Mais, M. Leroux n'aurait pas été lui-même s'il n'avait pas poussé à fond l'étude d'une question nouvelle. Il en découvrit la complexité, en élucida les difficultés pratiques, se servit même de ce qui paraissait une incompatibilité ou une impossibilité pour faire découverte sur découverte. Le problème de la suppléance des corps gras, dramatique sous l'occupation est encore actuel. D'autre part, l'activité de certains produits est plus forte avec des excipients non graisseux. Une voie nouvelle de l'industrie pharmaceutique a été ouverte par M. Leroux et la Dermatologie en bénéficie. Permettez-moi de citer sa conclusion :

« Grâce à ces recherches, il m'a été possible de donner satisfaction à tous les « Services de l'Hôpital Saint-Louis, qui utilisent mensuellement, pour la confec- « tion des pommades nécessaires aux divers traitements, plus d'un millier de kilo- « grammes d'excipients. »

Vous représentez-vous, mes chers Collègues, ce que comportent de réflexion, de méditation, de recherches livresques, d'expériences, de manipulations, de contrôles, l'ensemble de ces travaux dont je n'ai énuméré que l'essentiel ?

Car, M. Leroux n'était pas seulement un organisateur, un animateur, il était aussi un travailleur manuel. Ses appareils, il les a presque tous conçus ou modi-

fiés et construits lui-même. Notre élève commun, Malangeau, a rappelé combien de fois les mains du savant n'allaient pas au rythme d'une imagination impatiente. Et il en était de même souvent de sa parole qui ne suivait pas le rythme de la pensée.

Tout ce travail, toute cette science ont occupé la vie d'Henri Leroux. Il y a trouvé sa satisfaction sans penser aux profits que d'autres peuvent tirer des découvertes scientifiques. Il suivait ainsi la tradition des savants français.

De temps en temps on leur donne une grande joie : un ruban violet ou rouge. J'ai été témoin de la fierté émue avec laquelle M. Leroux a reçu des mains de Louis Bazy la croix de Chevalier de la Légion d'Honneur.

On leur entr'ouvre les portes de l'Académie, mais comme M. Leroux, ils meurent avant d'avoir pu y pénétrer.

Une ombre triste s'était pourtant posée sur la physionomie de notre Pharmacien de Saint-Louis. Il avait, il y a une dizaine d'années, perdu la compagne de sa vie, la femme qu'il adorait.

Elle lui laissait, heureusement la charge de veiller sur une petite fille qui a grandi au laboratoire, et a épousé un externe en chirurgie appelé, espérons-le, aux plus brillants succès. Elle sait que tous les élèves, tous les amis de Leroux lui resteront fidèles et je crois avoir le droit de lui dire en votre nom que vous êtes tous prêts à l'aider en toute circonstance.

Et puis, à côté de cette enfant, il y avait, pour Leroux, ses élèves : les anciens qui sont arrivés aux situations dominantes, comme Fabre, par exemple, l'éminent Doyen de la Faculté de Pharmacie, comme Harlay, comme Malangeau. Je m'excuse de ne pas prolonger l'énumération; les plus jeunes, récemment arrivés aux postes honorifiques, et la pléiade des élèves, de ces internes en Pharmacie, joyeux et bruyants, qu'un homme comme Leroux arrive à faire travailler avec intérêt et compétence, si bien qu'ils deviennent et restent des chercheurs.

A Saint-Louis, Chéramy reprend le flambeau et la tradition continue de ce magnifique corps des Pharmaciens des Hôpitaux, pépinière d'hommes illustres.

Et dans le cimetière d'un petit village de Normandie, sous la terre natale, près des siens qui en firent un homme de France, Henri Leroux repose après une vie de travail, de bonté et de modestie.

Gardons de lui ce souvenir :

C'était un savant !

C'était un Français !

PRÉSENTATION DE MALADES

Cinquième cas de lupus érythémateux myasthénique, par MM. H. Gougerot, Giraudeau, A. Carteaud, Louis Gougerot et Mme Pillet.

Cette malade, n° 142.817 (Mme H...), à la suite de la très grande amélioration du 6e cas par la pénicilline que nous vous avons présenté à la séance de novembre 1946, a été hospitalisée pour subir la même pénicillothérapie. Elle vous avait déjà été montrée avec Le Sourd, à la séance du 8 juin 1946, p. 193, et elle est publiée en détail dans la thèse de Maurice Le Sourd.

Les lésions cutanées, le 11 décembre 1946, à son entrée à Saint-Louis étaient en pleine activité, rouge-violacées, œdème, etc... L'état général était imparfait avec myasthénie légère, moins prononcée qu'au début de la maladie.

Elle a reçu, du 11 décembre au 23 décembre, 17.000.000 U. O. de pénicilline, très bien tolérée. L'état général s'est considérablement amélioré; dans les premiers jours, la température trihoraire montait jusqu'à 38°4, à la fin de la cure, elle restait entre 37° et 37°9. L'amélioration cutanée a été évidente; on peut parler de blanchiment des lésions.

Les examens électriques de Giraudeau sont du plus grand intérêt. En effet, ces

examens électriques du 11 décembre 1946 montrent des troubles nets des muscles.
L'examen a porté sur les nerfs et les muscles gauches et droits suivants : nerf péronier : muscle long péronier latéral, tibial antérieur, extenseur commun des orteils; nerf tibial : muscle soléaire, fléchisseur commun des orteils; nerf crural : quadriceps fémoral; nerf sciatique : muscle grand fessier, longue portion du biceps.

Les réactions des nerfs et des muscles sont normales, au point de vue quantitatif et qualitatif; les intensités liminaires nécessaires au déclanchement des contractions n'étant pas exagérément élevées. Les contractions sont rapides et la formule polaire est conservée. Cependant l'excitation faradique rythmée ainsi que la répétition des excitations galvaniques provoquent un affaiblissement rapide des réactions, particulièrement sur les muscles de la loge antéro-externe de la jambe.

Les examens du 29 novembre et 12 novembre 1946 donnent des résultats identiques.

En conclusion, l'absence de tout symptôme de R. D. associé à une réaction d'épuisement après des applications faiblement prolongées, nous permettent de conclure au *syndrome myasthénique simple; pas de myosite* décelable.

Si l'on compare ce 5e cas au 6e cas (M. Nic..., n° 148.053) on constate le même état myasthénique, sans, dans le 5e cas, la réaction myosite, réaction qui existe nettement dans le 6e cas.

A la suite du traitement par la pénicilline, le 24 décembre 1946, les réactions neuro-musculaires sont devenues normales; toute trace de réaction d'épuisement a disparu.

Hypodermite nécrosante (cyto-stéatonécrose), par MM. H. Gougerot, B. Duperrat et Mme Pillet.

Cette malade est un exemple de la forme rare nécrosante des hypodermites type ancien des cyto-stéatonécroses de nature inconnue (1).

La malade n° 147.849, âgée de 50 ans, montre, le 9 décembre 1946, dans le cadran supérieur interne du sein droit, une plaque cutanée violacée déprimée d'environ 30 millimètres sur 25 millimètres, adhérente à une plaque hypodermique dure et lobulée qui déborde largement la plaque violacée, surtout en dehors et à bords nets.
Cette lésion est enlevée le 11 décembre par Jean Meyer : c'est une masse lobulée, épaisse de 20 millimètres environ, non encapsulée, incluse dans l'hypoderme graisseux, adhérente au plan profond ; pas d'adénopathie. La cicatrisation est lente, par seconde intention.

Histologie. — La coupe montre des remaniements complexes du tissu graisseux hypodermique : infiltrats lymphocytaires, lipophagie, fonte nécrotique des éléments adipeux, avec saponification et dépôt de cristaux d'acides gras; réaction périphérique lympho-conjonctive avec cellules géantes, à type de « fausse tumeur » par corps étranger.

Erythème polymorphe en cocardes à ponctuation nécrotique centrale, par MM. H. Gougerot et A. Carteaud.

Le n° 148.366, 13 ans, consulte le 31 décembre 1946 pour un érythème polymorphe aux cocardes caractéristiques de 5 à 10 millimètres de diamètre, apparues, le matin même, aux genoux, aux joues et surtout aux faces dorsales des mains et des cuisses.

Trois points sont intéressants :

1° la plupart des cocardes sont centrées par une ponctuation nécrotique jaune, qui bientôt noirâtre, de 1/2 à 1 millimètre de diamètre. C'est la traduction clinique,

(1) Nosologie des hypodermites. *Annales de dermat. et de syphil.*, juillet-août 1946, n° 7-8, p. 369.

exceptionnelle, de la nécrose histologique constante, d'après Civatte. La pathogénie doit en être rapportée à un phénomène de Koch minuscule, donc à la série des allergides épidermiques;

2° sur les cuisses et la face dorsale des mains qui sont bleuies par la cyanose, un halo clair de 3 à 5 millimètres de large entoure les cocardes. Ce halo est fréquent dans de nombreuses dermatoses et se manifeste (chez ce petit malade également) par la résorption du badigeon d'éosine. C'est le témoignage d'un halo de dermatose invisible;

3° L'intradermo-réaction à la tuberculine est négative. Cette négativité confirme la conception de l'érythème polymorphe, syndrome dû à des causes différentes, ce que nous croyons, et est contraire à la systématisation de ceux qui affirment la nature tuberculeuse constante de l'érythème polymorphe.

Epidémie familiale d'érythème polymorphe : l'un vésiculeux, les deux autres en cocardes, par MM. H. Gougerot et A. Carteaud.

Cette observation est intéressante à deux points de vue :

— Tout d'abord, l'épidémie familiale qui est rare dans l'érythème polymorphe. En effet, les trois malades 147.969, 147.957, 147.883, âgées de 13, 6 et 3 ans, sont sœurs et ont été atteintes toutes les trois d'érythème polymorphe à quelques jours d'intervalle.

— Ensuite, bien que le même virus soit certainement coupable, l'aînée a eu un érythème polymorphe si atypique, si vésiculeux à grosses bulles qu'il aurait été impossible d'affirmer le diagnostic d'érythème polymorphe si ses deux sœurs n'avaient pas montré des cocardes typiques de l'érythème polymorphe classique.

Le 22 octobre 1946, l'aînée a, depuis 24 heures (21 octobre), de nombreuses vésicules de 1 à 3 millimètres et des bulles de 5 millimètres très prurigineuses, siégeant surtout sur les avant-bras, les bras, les jambes et les cuisses, avec quelques éléments aberrants sur le tronc, tantôt apparaissant en peau saine, tantôt, surtout aux cuisses, survenant sur une base papuleuse urticarienne, en placards de 8 à 10 millimètres de diamètre. Il n'existe pas de lésions muqueuses. On croirait plutôt à une maladie de Dühring-Brocq. Le 26 octobre, quatre jours plus tard, la fillette est revue : les vésicules et les bulles se sont multipliées au nombre de plusieurs centaines ; la température est à 37°9 le matin ; l'état général est excellent.

Ce même 26 octobre, la maman nous présente les deux autres sœurs.

La deuxième, âgée de 6 ans, 24 heures après sa sœur aînée (22 octobre), a souffert d'un prurit violent annonciateur d'une éruption dans les heures suivantes, débutant aux avant-bras, puis envahissant les bras, jambes, cuisses, thorax, épaules, fesses et même les joues. Le cuir chevelu, les paumes, les plantes sont indemnes. Cette éruption est composée de deux sortes d'éléments : des cocardes typiques d'érythème polymorphe de 3 à 20 millimètres de diamètre ; des vésicules apparues en peau saine, identiques à celles de la sœur aînée ; quelques-unes sur les fesses centrent des plaques érythémateuses ; l'état général est parfait, pas de fièvre. Le 2 novembre, apparaissent des bulles de 10 à 15 millimètres de diamètre cerclées d'une auréole érythémateuse.

Ce même 26 octobre, la troisième fille, âgée de 3 ans, a, depuis le matin même, donc cinq jours après l'aînée, et quatre jours après sa cadette, des cocardes typiques d'érythème polymorphe sur les cuisses et les fesses, les avant-bras et les bras. On voit, sur le dos des deux mains, quelques vésicules profondes donnant, au toucher, la sensation de granité. Pas de lésions muqueuses. Etat général parfait. Pas de fièvre. Prurit insignifiant.

Les examens directs, les cultures du liquide des bulles et des cocardes, les hémocultures n'ont montré que des cocci banaux du type diplocoque et staphylocoque gramophile.

En résumé, dans cette épidémie frappant les trois sœurs, c'est l'aînée, la première atteinte, qui a été le plus fortement touchée ; elle a guéri en une quinzaine de jours. La cadette a guéri complètement en une douzaine de jours et la troisième en une dizaine de jours. Il y a donc eu décroissance de l'intensité des lésions d'une sœur à l'autre.

L'aînée a été très atypique, son éruption a été sans cocardes, uniquement vésiculo-bulleuse, et l'on comprend les discussions anciennes de l'École de Vienne sur la nosologie des érythèmes polymorphes et des dermatites polymorphes. La cadette a asso-

cié les cocardes typiques et quelques vésicules, la troisième n'a eu que des cocardes visibles, les vésicules échappant à la vue.

Maladie de Schamberg, par MM. Touraine et Baillet.

Homme de 35 ans, peintre en bâtiment, sans autre antécédent qu'une otite chronique droite datant de l'enfance. Début, il y a six mois, par des éléments isolés, sur la face antérieure de la jambe droite, au-dessous de la rotule, qui se sont progressivement multipliés, puis fusionnés pour former une plaque ovalaire de 10 centimètres verticalement et de 5 centimètres horizontalement. L'aire de cette plaque est aujourd'hui presque uniformément rouge, avec, cependant, une petite zone centrale leucodermique, très légèrement atrophique ; ce n'est qu'à la périphérie que les points poivre de Cayenne moulu se dissocient les uns des autres et s'égrènent progressivement, en auréole, vers la peau saine. Au milieu de la face antérieure de la même jambe, deux éléments, isolés, apparus récemment, montrent la lésion jeune, sous forme de points en tête d'épingle, sans relief, rouge foncé. Deux taches existent sur la jambe gauche, l'une de 2 × 2 centimètres sur la face antérieure du tibia, l'autre de 1 × 1 centimètre au devant de la malléole externe ; les points rubis y sont nettement séparés les uns des autres.

A noter d'importantes varices tout le long des deux membres inférieurs. L'état général est excellent ; tous les viscères sont normaux ; tension artérielle : 12-8. Temps de saignement 3 minutes, de coagulation 8 minutes. Hématies 4.250.000, leucocytes 6.400, hémoglobine 85 o/o, polynucléaires neutrophiles 68, éosinophiles 1, monocytes 16, lymphocytes 15. Réactions de Hecht, de Kahn, de Meinicke négatives.

Aphtose bipolaire (ulcère aigu de la vulve) avec éruption purpurique, par MM. R. Degos, E. Lortat-Jacob et A. Sainrapt.

Les manifestations cliniques de la « grande aphtose » connues depuis les travaux de Touraine ne sont pas rares. Il nous a néanmoins paru intéressant d'en rapporter une nouvelle observation :

P..., Thérèse, âgée de 13 ans 1/2, consulte le 2 janvier 1946 pour une éruption des membres inférieurs apparue les jours précédents en même temps qu'une lésion vulvaire douloureuse.

A la vulve, sur la face interne de la grande lèvre gauche, on constate une ulcération nécrotique, à fond sphacélique, à bords décollés, non indurée, de 15 centimètres de diamètre, nettement arrondie.

Huit jours auparavant, l'enfant a ressenti à cet endroit une cuisson douloureuse qui augmenta rapidement au point de l'obliger à rester au repos ; en même temps elle ressentait un mouvement fébrile (bien que la température n'ait pas été prise) accompagné d'arthralgies fugaces prédominant aux membres inférieurs, de céphalées et de fatigue générale. Symétriquement, dans les aines, on sent des petits ganglions indolores mais plus volumineux qu'à l'état normal.

Sur les membres inférieurs, on note une éruption érythémato-papuleuse constituée par de petites taches dont certaines sont centrées par une vésiculette. A la racine des cuisses les éléments sont nettement et purement purpuriques, ne s'effaçant pas à la vitropression, tandis que sur les jambes le purpura existe en certains points, mais non à l'état de pureté, il s'agit beaucoup plus d'un érythème purpurique dont certains éléments sont un peu ortiés.

Cette éruption est limitée strictement aux membres inférieurs, ne dépassant pas la racine de la cuisse, s'arrêtant en arrière au pli fessier.

Sur la lèvre supérieure, à la face interne, à gauche du filet, existent deux ulcérations ovalaires ayant tous les caractères cliniques des aphtes buccaux, à fonds beurre frais, entourés d'une aréole inflammatoire.

Pas de lésions oculaires, pas d'aphte cutané.

Le *bacillus crassus* a été recherché dans l'ulcération vulvaire et n'a pas été retrouvé. Bordet-Wassermann négatif. Ultra négatif. Ducrey négatif.

Aucun antécédent à signaler si ce n'est que la malade est sujette aux aphtes et que, périodiquement, elle fait des aphtes buccaux.

Par ses troubles généraux, par son éruption purpurique, cette observation permet de penser que l'aphtose, caractérisée cliniquement par un ulcère aigu de la vulve

(type Lipschütz) et des aphtes buccaux est une maladie infectieuse générale, un état septicémique à manifestations multiples dont le germe reste à trouver.

Intolérance paradoxale au vernis à ongles, par MM. A. Tzanck, E. Sidi, G. Bellemare.

Mme T... présente au cou une éruption eczémateuse en larges placards, très prurigineuse, couvrant les faces latérales, la région sous-mentonnière et descendant sur le décolleté. Depuis 2 ans cette éruption persiste en dépit de toutes les thérapeutiques locales et générales. La recrudescence survenant régulièrement chaque dimanche impose l'idée d'une cause provocatrice hebdomadaire.

Suspectant des écarts de régime de fin de semaine, l'alimentation de cette malade a été progressivement diminuée, au point d'entraîner un véritable état de dénutrition, qui loin d'améliorer la dermatose, a retenti fâcheusement sur l'état général de la malade. Lorsque le 20 décembre 1946 nous avons vu la malade, nous avons en premier lieu rétabli l'alimentation normale, ce qui n'a en rien aggravé l'éruption. Poursuivant l'enquête habituelle, nous avons passé successivement en revue les causes locales d'irritation, mais leur suppression est demeurée sans résultat et les tests aux divers produits de beauté, pommades, crèmes, utilisés par la malade sont tous restés négatifs. Ce n'est qu'en désespoir de cause que nous avons pensé au vernis à ongles qui seul a donné un test positif.

Or c'était précisément le samedi que la malade avait coutume de se vernir les ongles. La suppression de cette habitude a suffi d'abord à enrayer les poussées hebdomadaires. Le prurit d'emblée s'est atténué et l'éruption est aujourd'hui à peine perceptible.

De tels faits sont peu connus en France; à l'étranger de nombreuses communications ont été faites sur les dermatoses provoquées par les vernis à ongles ou leurs solvants.

C'est ainsi qu'en 1925, Miller et Taussiq (1) publiaient le cas d'une dermite eczémateuse du cou, due au vernis à ongles. L'année suivante, Osborne, Jordon et Campbell (2) voyaient le premier cas d'une série de 100 cas qu'ils devaient publier en 1941. Depuis les articles se sont multipliés, Sulzberger (3) en 1937, Feiller (4), Hollander (5) et Burgess (6) en 1940.

Dans les années qui suivent, Keil, Russo et Van Dyck (7), Dobes et Nippert (8) viennent ajouter une quantité d'autres cas.

Frootko (9) relate l'histoire d'une dermite récidivante de la face accompagnée de prurit vulvaire, relevant de la même cause.

Dans un article publié en mars 1944, Madden présente un cas plus particulier en ce que sa patiente, qui n'utilisait plus de vernis, faisait une éruption à chaque fois qu'elle couchait avec une amie qui se vernissait les ongles avec la substance réactogène.

Quoique plus rare chez les hommes, pour des raisons évidentes, cette dermite a cependant été observée (11).

Tous les auteurs mentionnés signalent que les poussées eczémateuses peuvent être généralisées, plus fréquemment localisées à la face (surtout aux paupières supérieures) et au cou, parfois fixes et récidivantes, simulant les éruptions fixes de la phénolphtaléine. Notons que dans certains cas le test a été négatif, alors que la suppression du vernis a amené la guérison.

L'intérêt de cette observation est pratique et théorique : pratiquement elle ajoute à la liste si longue des produits de beauté capables de provoquer des dermites artificielles: théoriquement, elle montre l'importance de ces éruptions à distance puisque la malade ne présentait aucune irritation locale sur les doigts au voisinage de l'application, l'éruption se produisant sur une région sans contact direct avec le vernis à incriminer.

BIBLIOGRAPHIE

1. Miller (H. E.), Taussiq (L. R.). — *J. A. M. A.*, June 27, 1925, **84**, 1999.
2. Osborne (E. D.), Jordon (J. W.), Campbelle (P. C.). — *Arch. Derm. and Syphil.* Octob. 1941, **44**, 604.

3. Sulzberger. — *Arch. Dermat. and Syphil.*, Aug. 1937, **36**, 460.
4. Feiler (H. B.). — *Arch. Dermat. and Syphil.*, July 1940, **42**, 224.
5. Hollander (L.). — *J. A. M. A.*, Nov. 16, 1940, **115**, 1714.
6. Burgess (J. F.). — *Canad. M. A. J.*, Déc. 1940, **43**, 544.
7. Keil, Russo, Van Dyck. — *Arch. Derm. and Syph.*, Dec. 1943, **49**, 612.
8. Dobes, Nippert. — *Arch. Derm. and Syph.*, March 1944, **49**, 183.
9. Frootko. — *South African M. J.*, Oct. 23, 1943, **17**, 322.
10. Madden. — *Arch. Dermat. and Syph.*, March 1944, **49**, 197.
11. Garbe. — *Arch. Dermat. and Syph.*, July 1942, **46**, 141.

Capillarite ectasiante avec atrophie blanche remarquablement améliorée par le traitement antisyphilitique, par M. Georges Garnier.

Si l'origine spécifique d'un certain nombre de capillarite est de notoriété courante, la régression de pareilles lésions sous l'influence du traitement antisyphilitique est moins évidente, encore que le fait ait été signalé par Milian et justement dans des cas s'accompagnant d'atrophie blanche.

Une femme de 30 ans vient consulter à l'Institut Fournier au début de 1942 parce qu'au cours d'un examen systématique on lui a trouvé un Bordet-Wassermann positif. Une prise de sang de contrôle montre en effet un Hecht, un Meinicke et un Kahn fortement positif. On ne trouve aucune trace de syphilis récente ni cutanée ni muqueuse, aucun stigmate de syphilis héréditaire. Cependant la patiente raconte que vers l'âge de 13 ans à la suite d'une laryngite prolongée, une prise de sang aurait été positive et qu'elle aurait été traitée par des piqûres qu'elle ne peut préciser.

L'examen viscéral est négatif. Elle est mariée sans enfant. Son mari est bien portant.

C'est par hasard que je remarque alors sur les deux tiers inférieurs des deux jambes une capillarite intense : il existe un chevelu capillaire extrêmement développé et ramifié donnant une coloration violacée sur laquelle tranche quelques taches blanches arrondies d'aspect pseudo-cicatriciel. Cette capillarite ectasiante évoluerait depuis une douzaine d'années et s'accompagne de sensations de froid intense même lorsque la température est douce.

Étant donnée la syphilis sérologique, la malade est mise au traitement, elle reçoit du 27 mars 1942 au 5 juin 1942 une série de 20 Bivatol. A la fin de la série, le Hecht est négatif, le Meinicke et le Kahn encore positifs, *la capillarite paraît plus intense*, elle s'est étendue notamment à gauche vers le haut de la jambe et la région du genou.

On fait alors une série de Novar jusqu'à 90 répété 5 fois, puis une série de Bivatol (15). La sérologie donne : H. +, M. +, K +.

Après une deuxième série de novarsénobenzol aux mêmes doses, on fait 8 injections d'huile grise à 8 centigrammes, puis une troisième série de novarsénobenzol après laquelle le 19 octobre 1943 la sérologie est entièrement négative.

Le traitement est alors poursuivi en 1944 et 1945 (car la sérologie est redevenue partiellement positive) par 2 séries de 18 Muthanol puis de novarsénobenzol et de Quinby.

Le 8 mars 1946, la sérologie est négative, mais fait important la capillarite s'est considérablement améliorée. J'avais négligé d'en suivre l'évolution convaincu que j'étais, qu'il y aurait peu de changement. Je suis stupéfait du changement : le chevelu capillaire a diminué de façon manifeste, on ne voit que très discrètement les taches d'atrophie blanche, et s'il existe encore des dilatations capillaires, elles sont bien moins nombreuses et moins volumineuses. Enfin la malade signale qu'elle ne souffre plus de ces sensations de froid si désagréables qu'elle accusait auparavant.

En résumé, une capillarite ectasiante avec atrophie blanche de Milian est découverte chez une syphilitique probablement héréditaire. A la suite d'un traitement intensif et prolongé, au bout de trois ans, en même temps que la sérologie s'est lentement négativée, on voit les dilatations capillaires s'atténuer, disparaître en certains points, les taches blanches atrophiques se résorber. Contre toute attente il y a eu sous l'influence du traitement antisyphilitique une amélioration considérable de lésions qu'à bon droit on est tenté de juger irréversibles.

Un deuxième point mérite de retenir l'attention. En 1942, avant de commencer le traitement, j'avais pratiqué chez cette malade une biopsie pour avoir un document histologique d'une lésion cliniquement si typique.

J'avais été frappé par le peu d'importance des infiltrats périvasculaires alors qu'il s'agissait vraisemblablement d'une capillarite syphilitique.

Jai montré les coupes au Dr Duperrat qui en dehors de lésions de capillarite ectasiante évidente n'a pas trouvé le moindre plasmome, ni les infiltrats périvasculaires signant l'origine syphilitique.

En certains points on remarque un léger infiltrat de l'adventice, parfois un endothélium un peu irrégulier et sur certains capillaires une hyperplasie franche de la paroi. Par place, il existe un aspect sclérodermiforme avec aspect tassé, feuilleté des fibres collagènes qui sont toutes disposées horizontalement avec un infiltrat en strates.

En somme des lésions de capillarite mais dont la nature syphilitique n'est pas évidente histologiquement.

L'action remarquable du traitement antisyphilitique sur cette capillarite ectasiante avec atrophie blanche, et d'autre part, la discrétion des signes histologiques signant l'origine syphilitique de ces lésions, m'ont paru justifier l'intérêt de cette communication.

COMMUNICATIONS

Deux cas de lèpre tuberculoïde avec névrite hypertrophique ascendante partant de la plaque, par MM. J. Margarot, P. Rimbaud et J. Ravoire.

Le début de deux cas de lèpre par l'association à une plaque tuberculoïde isolée d'une névrite hypertrophique de même structure a retenu notre attention.

Observation I. — Un sous-officier indigène de 22 ans, R... Paul, présente sur la face antérieure de la jambe droite une plaque ovalaire de plusieurs centimètres de diamètre, limitée par une bande érythémato-squameuse surélevée. La partie centrale est hypochromique et offre une teinte grisâtre. L'exploration de la sensibilité fait apparaître une anesthésie absolue à tous les modes. La vitro-pression donne une translucidité douteuse sur la bordure.

De la partie supérieure de cette plaque se détachent des cordons durs et mobiles en rapport avec des filets nerveux hypertrophiés.

Enfin la jambe droite tout entière est le siège d'un œdème sous-cutané diffus et douloureux. Le malade accuse des douleurs dans les genoux et dans les poignets. L'exploration des gros troncs nerveux ne permet pas d. les considérer comme hypertrophiés. Seul le cubital gauche est légèrement augmenté de volume.

Les réactions sérologiques de la syphilis sont négatives. La recherche du bacille de Hansen dans le mucus nasal est infructueuse.

On trouve à l'examen histologique d'un filet nerveux hypertrophié un cordon conjonctivo-vasculaire dissocié par des formations folliculoïdes, souvent giganto-cellulaires et nettement circonscrites. Leur structure est suivant les points histiocytaire, fibrocytaire ou fibroblastique avec fibrose. L'étude de la gangue cellulo-adipeuse périphérique montre l'intégrité absolue des vaisseaux et l'atteinte élective des filets nerveux par un infiltrat lympho-histiocytaire qui les transforme en formations folliculoïdes comparables à celles du cordon sclérosé.

Aucun bacille de Hansen ne peut être mis en évidence sur les coupes par la coloration de Ziehl.

Obs. II. — Chez un soldat indigène de 22 ans, traité pour une syphilis récente, on constate à la partie inférieure de la cuisse droite et en avant, une plaque circulaire de 8 centimètres environ de diamètre. Elle est infiltrée, ses bords sont assez nettement tracés et surélevés. Sa surface est sèche, grisâtre, parcheminée, un peu plissée, squameuse, discrètement lichénoïde et anesthésique à tous les modes de la sensibilité.

De cette lésion cutanée paraît se détacher un cordon nerveux, dur, mobile, non douloureux au toucher qui remonte sur la face antéro-interne de la cuisse.

L'examen somatique est négatif. On note simplement une très légère augmentation de volume des deux nerfs cubitaux.

Les réactions sérologiques de la syphilis, fortement positives avec plusieurs antigènes, ont été rendues négatives par un traitement arséno-bismuthique.

La recherche du bacille de Hansen dans le mucus nasal est négative.

L'examen histologique de la plaque cutanée montre sous un épiderme aminci le derme et les premiers faisceaux de l'hypoderme envahis par des formations nodulaires lympho-histiocytaires avec ou sans cellules géantes. Ces nodules sont tantôt péri-vasculaires, tantôt péri-nerveux et constituent même parfois des manchons aux follicules pilo-sébacés. On ne trouve ni bacille de Hansen, ni bacille tuberculeux par la coloration de Ziehl.

Les colorations usuelles et le Mallory phosphotungsique, font apparaître sur un fragment de cordon prélevé par biopsie, des tubes nerveux profondément remaniés et rendus méconnaissables par une transformation fibreuse avancée. Dans les zones où l'évolution est moins complète on se rend compte que le processus fibrillogène prend naissance dans des formations folliculoïdes, souvent giganto-cellulaires et presque uniquement histiocytaires. La coloration de Ziehl ne montre pas de bacilles de Hansen.

Les deux observations sont concordantes. Il s'agit dans chacune d'elles d'une lèpre commençante, uniquement manifestée par une plaque tuberculoïde avec névrite hypertrophique satellite de même structure. Celle-ci est bien connue des léprologues. Les formes caséeuses et calcifiées, les abcès des nerfs signalés depuis longtemps, semblent devoir lui être rattachés. Nous n'avons cependant pu trouver aucune documentation précise sur l'histologie des formes commençantes. Un travail sur la névrite tuberculoïde de Nelson Souza Campos se borne à mentionner l'absence habituelle de bacilles de Hansen recherchés par la ponction du nerf; l'auteur n'a pratiqué aucune biopsie.

Nos examens microscopiques démontrent le caractère nettement tuberculoïde de l'atteinte nerveuse et précisent certaines particularités.

Dans la forme commune de la névrite lépreuse on note une sclérose intra-fasciculaire très prononcée avec atteinte des vaisseaux dont les parois sont épaissies et souvent entourées d'amas cellulaires avec présence de bacilles.

Sur nos préparations les lésions arrivent à transformer le nerf en un faisceau fibreux. La destruction des éléments nobles est beaucoup plus marquée que dans la lèpre tubéreuse et se rapproche de celle que l'on observe dans la lèpre nerveuse.

En second lieu on trouve une structure folliculaire évidente dans les zones où ne s'est pas réalisée une sclérose aussi compacte. Il existe des cellules géantes en général très volumineuses, des cellules épithélioïdes, des lymphocytes.

Les lésions ne se développent pas autour des vaisseaux. Les filets nerveux paraissent atteints d'une manière élective. Une de nos coupes portant sur la périphérie du cordon nerveux fait apparaître l'intégrité absolue d'une artériole et d'une veinule alors que les *nervi nervorum* présentent déjà une infiltration réticulo-histiocytaire.

L'hypertrophie considérable d'un ou plusieurs filets nerveux périphériques contraste avec l'intégrité relative des gros troncs. De toute évidence le virus qui a donné lieu à l'élément initial sous la forme de la plaque tuberculoïde se propage en remontant le long des filets nerveux qui s'y terminent.

Quel est ce virus ? La plupart des observations sont concordantes sur l'absence ou l'extrême rareté de bacilles de Hansen sous leur forme végétante habituelle. De notre côté nous n'avons pu en déceler ni sur la plaque tuberculoïde, ni dans les cordons nerveux.

Kobayashi a soulevé l'hypothèse de lésions lépro-tuberculeuses, mais les recherches déjà anciennes de Jadassohn n'ont jamais permis de mettre en évidence le bacille de Koch.

D'autre part l'atteinte élective des nerfs sous la forme d'une névrite hypertrophique ascendante n'appartient guère à la tuberculose. Il s'agit donc, à notre avis, d'un processus spécifiquement lépreux. Sa nature exacte (infection pauci-bacillaire ou due à une forme filtrante et de toutes façons à des germes de virulence modifiée) est en dehors de nos recherches actuelles.

Le tartrate de cuivre (Neutralibour). Son emploi et ses avantages en Dermatologie, par le professeur Joulia.

Sollicité par les événements de rechercher la possibilité d'économiser le sulfate de cuivre dans les traitements viticoles, M. Delfour, Docteur en Pharmacie à Pouillon (canton des Landes réputé par ses vins) a été amené à étudier et à préparer une bouillie au tartrate de cuivre, dix fois plus active que la bouillie bordelaise, et réalisant de ce fait une économie substantielle. (Ce travail a obtenu le Prix Métadier décerné par la Faculté de Paris).

L'étude des propriétés du tartrate de cuivre, sel soluble et neutre, a suggéré à M. Delfour l'idée que son utilisation pourrait être étendue à la thérapeutique en remplacement du sulfate de cuivre, acide et escharrotique : le tartrate de cuivre étant privé de toute causticité de par sa réaction neutre, serait ainsi susceptible d'emploi à concentration plus élevée que le sulfate et de plus grande efficacité. L'expérience ayant confirmé cette hypothèse, M. Delfour a préparé une solution de tartrate à un titre correspondant à 50 o/oo de sulfate de cuivre, qu'il a dénommée Neutralibour *ou eau de Dalibour neutre.*

C'est ce produit qui a été expérimenté à la Clinique Dermatologique de Bordeaux.

Il convient auparavant de donner à son sujet quelques précisions au point de vue chimique, fournies par M. Delfour.

Le cuivre donne avec les acides minéraux des sels acides solubles dont le plus usité est le sulfate de cuivre : corrosif par son acide sulfurique (vitriol bleu), son emploi n'est pas dénué d'inconvénients.

Le cuivre donne également des sels définis avec certains acides organiques, tels l'acétate de cuivre, le citrate de cuivre, le formiate de cuivre; on a utilisé le chaulmoograte de cuivre contre la lèpre, le morrhuate de cuivre contre la tuberculose.

Le tartrate de cuivre qui figure déjà dans le vieux dictionnaire de Wurtz n'est guère employé par les chimistes que pour le dosage des sucres réducteurs sous la forme d'une solution alcaline de tartrate cuprosodicopotassique qui constitue la liqueur de Fehling.

Il existe deux tartrates de cuivre, tous deux de réaction neutre, mais l'un, simple, est insoluble, tandis que l'autre, double, est soluble dans l'eau.

L'acide tartrique est un acide bivalent; il existe à l'état naturel sous la forme de tartrate acide de potassium ou crème de tartre, dans les jus de fruits, de raisin. par exemple : Une seule valence étant saturée par l'ion K, sa réaction est encore acide, et il est presque insoluble. Si l'on sature la seconde valence par un autre ion K; on obtient du tartrate neutre de potassium, soluble. Si l'on sature cette seconde valence par un ion Na, on obtient du tartrate neutre de potassium et de sodium également soluble, qui est le sel de Seignette. Si l'on met le tartrate neutre ou le sel de Seignette en solution en présence de sulfate de cuivre, le cuivre bivalent va prendre la place des deux ions alcalins et donner du tartrate de cuivre, neutre, insoluble, qui précipite, cependant que son radical SO^4 s'unira aux bases alcalines libérées.

Mais ajoutons quelques gouttes de lessive de soude à ce tartrate de cuivre insoluble, nous obtenons aussitôt une solution d'un beau bleu céleste : deux molécules de tartrate de cuivre simple se sont soudées par l'intermédiaire de la molécule de cuivre bivalent et les deux valences libres se sont unies à la soude pour former un tartrate double de cuivre et de sodium, soluble et neutre. Tel est en gros le schéma de la formation du tartrate de cuivre qui nous intéresse :

(1) $$2\,R\begin{matrix}\diagup Na\\ \diagdown K\end{matrix} + 2\,SO^4Cu = 2\,R = Cu + SO^4K_2 + SO^4Na^2$$

(2) $$2\,R = Cu + 2\,NaOH = \begin{matrix} R\diagup Na \\ \diagdown Cu \\ \diagup \\ R - Na\end{matrix} + CuO + H^2O.$$

L'acide tartrique peut de même donner des sels avec l'ammonium, le baryum, le calcium, le lithium, de strontium, l'argent, le fer, le mercure, le nickel, l'uranyle, le zinc, etc... Cependant s'il possède deux fonctions acides, il présente aussi deux fonctions alcool, et certains métaux ou groupements peuvent se fixer à la fois sur une fonction acide et sur une fonction alcool, en donnant des tartrates doubles particuliers qui sont les Émétiques, et dont le type est le tartrate d'antimoine et de potasse. Sont encore des Émétiques le tartrate ferricopotassique, le tartrate ferrico-ammonique, le borotartrate de potassium, les tartrates de bismuth, d'arsenic, de manganèse, etc... qui sont de véritables complexes organo-métalliques, et il n'est pas exclu que le tartrate cuprosodique ne puisse se ranger à côté d'eux.

Le Neutralibour est donc une solution de sulfotartrate de cuivre sodicopotassique, qui est préparée à la concentration de 1,25 o/o de CU métal (ce qui correspond à 5 o/o de sulfate de cuivre). Bien que cette solution soit théoriquement neutre, il est indispensable d'en vérifier la réaction et de l'ajuster exactement s'il y a lieu à *p*H : 7. Cette précision doit être rigoureusement respectée pour éviter les mécomptes.

C'est une solution d'un beau bleu, limpide, stable, bien que pouvant à la longue et selon la réaction du récipient, abandonner un léger dépôt d'oxyde de cuivre que l'on éliminera par simple filtration.

La solution de Neutralibour exposée à l'air en couche mince, laisse après dessiccation un dépôt bleuâtre, cristallin, formé de prismes allongés.

Elle présente les réactions des sels de cuivre, ainsi que celles des sulfates et de l'acide tartrique.

Sa densité est de 1060. Sa résistivité électrique de 28 ohms.

Elle renferme sensiblement 9 o/o de sels totaux. Diluée au dixième, elle est isotonique et sa résistivité électrique s'élève à 250 ohms.

Le cuivre peut y être dosé par titrimétrie en milieu alcalin ferrocyanuré à l'aide d'une solution connue de glucose et par comparaison avec la liqueur de Fehling-Bonnans.

Telles sont les principales caractéristiques physiques et chimiques du produit qui a été l'objet d'une expérimentation clinique :

Celle-ci a porté sur un nombre important de malades présentant des dermatoses infectées, ulcères de jambe, pyodermites, impétigo, eczéma. La solution diluée au 1/10 a été le plus souvent employée, mais des concentrations plus fortes de l'ordre de 1/5 ont été utilisées. Dans tous les cas, les lavages pratiqués n'ont déterminé aucune sensation douloureuse ou de cuisson, aucune irritation des lésions. La désinfection s'est produite dans un minimum de temps.

Le tartrate de cuivre agit aussi comme hémostatique et ne détermine pas d'escharre. Il peut être employé en collyre. Le produit présente donc un avantage certain et un progrès sur les solutions de sulfate de cuivre et de zinc et sur l'eau de Dalibour employées jusqu'à présent, dans le Service, en raison de sa grande activité thérapeutique, de l'absence de sensation douloureuse et de causticité.

Un an de traitement de la syphilis par la pénicilline et le bismuth, par MM. Yves Bureau et Desbouis.

Du 1er novembre 1945 au 1er novembre 1946, nous avons traité à la Clinique Dermatologique de l'École de Médecine de Nantes, une centaine de syphilitiques.

76 observations sont actuellement utilisables, les autres malades ayant reçu un traitement trop récent pour qu'on puisse en tirer des conclusions, ou ayant été perdu de vue.

Nos malades ont reçu, en général un traitement d'attaque mixte : 2.400.000 U. de pénicilline et 20 injections intramusculaires de bismuth liposoluble. Le bismuth a été utilisé dès le début au cours même du traitement par la pénicilline à raison de 2 injections par semaine. Le traitement d'entretien a été continué avec le bismuth seul : séries de 15 à 20 injections séparées par des repos de 3 semaines à un mois.

Nous avons obtenu les résultats suivants :

Syphilis primaire : 6 cas ont été traités.

Les tréponèmes ont disparu des lésions au plus tard en 48 heures.

Les chancres étaient cicatrisés au bout d'une dizaine de jours.

Les réactions sérologiques se sont négativées en 6 semaines à 2 mois.

Les réactions étant toujours négatives quand le malade vient recevoir sa seconde série de bismuth.

Syphilis secondaire : 11 malades traités ont été rapidement blanchis même dans des formes très exubérantes. Les plaques muqueuses, les condylomes, les manifestations cutanées guérissent en 10 à 15 jours. Le blanchiment est certainement plus rapide qu'avec l'arsénobenzol et le bismuth et qu'avec le traitement mixte.

Les réactions sérologiques se sont négativées en 6 semaines à deux mois 1/2. Des malades observés depuis un an ou dix mois ont gardé leurs réactions toujours négatives.

Dans un cas d'*ictère* l'amélioration clinique a été rapide mais la sérologie ne s'est négativée qu'au bout de 4 mois 1/2.

Dans un cas de *syphilis maligne précoce* le résultat clinique a été remarquable, les ulcérations ont guéri en quelques jours, l'état général est devenu satisfaisant, la fièvre a disparu mais la sérologie ne s'est négativée qu'au bout de 5 mois.

Syphilis tertiaire : 3 malades atteints de manifestations tertiaires ont été traités.

Une syphilis osseuse de l'extrémité inférieure de l'humérus a guéri assez rapidement alors qu'un traitement bismuthique était resté sans effet.

Une syphilis très étendue des os du crâne a été guérie assez rapidement et une intervention chirurgicale a permis de faire ensuite l'ablation des séquestres.

Une malade atteinte de syphilis gommeuse des deux jambes a été guérie par le traitement.

Dans ces trois cas, la pénicilline a agi sur les manifestations cliniques. Les réactions sérologiques n'ont pas été modifiées.

Syphilis sérologiques : nous avons traité 25 malades atteints de syphilis sérologiques.

Dans 7 cas il s'agissait de syphilis encore assez récentes, datant de quelques mois, cliniquement blanchis par le fontarsol et le bismuth mais dont la sérologie restait positive.

3 malades ont conservé une sérologie positive, mais 4 fois la négativation a pu être obtenue en 2 à 5 mois.

Dans 9 cas il s'agissait de syphilis sérologiques sans signes cliniques découvertes à l'occasion d'un examen systématique (certificats prénuptiaux, etc.). 5 malades ont conservé une sérologie positive et 4 fois la négativation a été obtenue en 2 à 5 mois.

Dans 9 cas il s'agissait de *Wassermann irréductible* ayant résisté depuis plusieurs années aux traitements classiques.

Nous avons pu grâce à la pénicilline négativer 4 cas.

Dans 5 autres cas la négativation a été obtenue assez rapidement, mais ensuite la sérologie est devenue à nouveau positive.

Les graphiques montrent que l'action de la pénicilline a été transitoire et que les réactions ensuite se sont négativées très lentement à nouveau ou sont restées oscillantes.

Dans un cas seulement nous n'avons obtenu aucun résultat.

De ces 25 observations de syphilis sérologiques on peut conclure que la pénicilline a eu une réelle action dans la moitié de ces cas, mais que cette action n'a pas été toujours durable. Il semblerait logique d'augmenter les doses de pénicilline et de répéter les séries.

Syphilis nerveuses : 14 cas ont été traités :

L'action sur le liquide céphalo-rachidien a été toujours très nette bien que nous n'ayons jamais utilisé la voie rachidienne.

Dans toutes les observations on observe une baisse de la lymphocytose et de l'albuminose alors que l'action sur la sérologie est en général nulle.

Les résultats cliniques sont très variables :

Un résultat excellent chez un paralytique général qui après 2 séries de pénicilline et bismuth a repris une activité normale alors qu'il était arrivé à l'hôpital cachectique et complètement désorienté. Disparition de douleurs fulgurantes et de troubles urinaires chez un tabétique.

Disparition de vertiges chez un malade atteint de labyrinthite.

Dans tous les autres cas les résultats cliniques sont à peu près nuls, mais la plupart de nos malades étaient atteints de troubles déjà anciens.

Dans la syphilis nerveuse le traitement à la pénicilline est certainement actif à condition de s'adresser à des cas récents et en activité.

Syphilis de la femme enceinte : les 7 femmes que nous avons traitées étaient en même temps que leur grossesse atteintes de syphilis évolutives avec manifestations cliniques ou sérologiques.

La pénicilline a toujours été admirablement supportée sans contractions utérines anormales ni menace d'avortement.

Toutes ont accouché à terme ou près du terme, d'enfants cliniquement sains mais dans tous les cas le sang de l'enfant était positif.

L'activité de la pénicilline a donc permis d'avoir des enfants vivants sans courir les risques de la médication arsénobenzolique dont on connaît les dangers particulièrement en cas de grossesse.

Hérédo-syphilis : nous avons traité 10 hérédos.

5 nourrissons ont été traités dans les premiers mois par des doses de pénicilline oscillant autour de 600.000.

Pour éviter une lyse trop brutale de tréponèmes nous opérons par de très faibles doses à 15 ou 20.000 U. par 24 heures et nous augmentons peu à peu les doses.

Tous les nourrissons atteints d'hérédo grave avec grosse rate et sérologie positive, ont été très améliorés par le traitement qui a été poursuivi par les frictions mercurielles et sulfarsénol.

L'un d'eux atteint d'hydrocéphalie a été guéri et revu un an plus tard, le crâne est à peu près normal.

Chez un autre atteint d'idiotie et de cécité, le liquide céphalo-rachidien est redevenu normal avec disparition de la lymphocytose rachidienne et négativation sérologique mais aucune amélioration des signes cliniques.

Les 5 autres malades étaient des enfants plus grands ou des adolescents. Ils ont reçu 1.200.000 U. de pénicilline ou 2.400.000 suivant leur âge.

Deux cas de kératite n'ont pas été influencés nettement.

Un autre a paru au contraire bénéficier largement du traitement.

Une syphilis héréditaire nerveuse avec paralysie générale, évoluant depuis 5 ans après avoir été impaludée, avoir reçu des séries très importantes de stovarsol, de bismuth et de mercure conservait des réactions positives. Sous l'influence de la pénicilline les réactions se sont négativées rapidement.

*
* *

De l'étude des 76 malades que nous avons traités depuis un an, il semble qu'on peut tirer actuellement les conclusions suivantes.

Le traitement mixte pénicilline-bismuth semble être le traitement de choix des syphilis récentes, primo-secondaires où l'action rapide de la pénicilline blanchit le malade sans avoir les dangers de l'arsénothérapie et plus rapidement que le bismuth seul.

Dans les syphilis anciennes, tertiaires, nerveuses, sérologiquement irréductibles, les résultats sont moins nets.

La pénicilline constitue un traitement cependant actif à utiliser conjointement avec les autres médicaments antisyphilitiques.

Chez la femme enceinte, la pénicilline qui ne semble pas offrir de danger semble particulièrement indiquée.

Dans la syphilis héréditaire précoce la pénicilline donne d'excellents résultats. Ceux-ci sont moins nets dans la syphilis héréditaire tardive.

La posologie que nous avons appliquée est d'ailleurs sans doute trop faible et il y aurait intérêt quand cela est possible à faire des doses plus fortes et de faire plusieurs séries de pénicilline, l'activité du médicament semblant assez transitoire.

M. H. Gougerot. — La statistique de la Clinique de Saint-Louis confirme pleinement la statistique nantaise du Pr Bureau; je vous ai déjà exposé ici et ailleurs les mêmes conclusions : la pénicilline remplacera les arsénobenzènes, mais elle doit toujours être associée au bismuth et le Bi doit être continué et répété comme si on ne faisait pas la pénicilline.

Le traitement des staphylococcies cutanées par le glycocollate de cuivre, par MM. Y. Bureau et Lasausse.

Dans la séance du 12 mars 1936 nous avions indiqué les excellents résultats obtenus dans le traitement des staphylococcies cutanées par un nouveau corps chimique mis au point par l'un de nous (M. Lasausse) le glycocollate de cuivre.

Depuis plus de dix ans nous avons traité des centaines de malades avec des résultats vraiment satisfaisants.

L'action du cuivre est beaucoup plus nette et durable que les autres thérapeutiques dirigées contre le staphylocoque.

Nous avons guéri avec fréquence des malades ayant reçu sans succès de l'anatoxine et de la pénicilline.

Il semble bien, en effet, que la pénicilline si utile et si active dans les staphylococcies aiguës : anthrax en particulier n'empêche pas les récidives.

Aussi actuellement nous utilisons pour traiter nos malades le traitement suivant : pénicilline pendant la période aiguë et aussitôt après une cure d'injections intraveineuses de glycocollate de cuivre que nous répétons en cas de besoin.

Dans notre précédente communication nous indiquions qu'une série de 10 injections était suffisante. En réalité il est beaucoup mieux de faire 15 ou 20 injections, et il n'y a aucun inconvénient de faire au bout de quelques semaines une nouvelle série.

La tolérance au glycocollate de cuivre est remarquable et nous n'avons relevé aucun des incidents signalés avec le sulfate de cuivre. Le produit est seulement très irritant s'il est injecté dans le tissu cellulaire, aussi l'injection doit-elle être faite très strictement intraveineuse.

(Pour la préparation du sel cuprique se reporter à notre publication de 1946).

Pour illustrer cette communication qui n'a qu'un but celui de rappeler une thérapeutique trop peu utilisée nous publions une observation très démonstrative.

Observation. — Mme B..., 66 ans, vient nous consulter le 19 janvier 1946 pour une furonculose rebelle durant depuis plus de 6 mois. Les furoncles siègent sur tout le corps, mais principalement sur le siège et les reins, elle présente des dizaines de furoncles d'âges différents. Elle a déjà subi sans succès de l'auto-hémothérapie, des injections d'anatoxine et la méthode de Legroux (iode et sulfamide).

Nous faisons de suite une série de 20 injections de glycocollate de cuivre, une amélioration se produit mais la guérison étant incomplète la malade demande à être traitée par la pénicilline. Elle fait alors un premier séjour dans notre Service et reçoit 800.000 U. de pénicilline. Le résultat est bon, mais au bout de trois semaines, nouveaux furoncles.

Une nouvelle série de 1.500.000 U. est instituée qui provoque une sédation passagère mais les furoncles réapparaissent bientôt.

Aussi nous décidons de reprendre le cuivre. La malade reçoit deux séries de

20 injections intraveineuses de glycocollate de cuivre séparées par un intervalle d'un mois. La guérison se produit alors et se maintient depuis plus de six mois.

Cette observation est très remarquable car elle montre qu'il a fallu une dose assez considérable de cuivre pour obtenir un résultat, mais que ce résultat a été supérieur à celui passager de la pénicilline.

Contribution à l'étude du B. A. L. pour le traitement des arsénobenzolides, par MM. A. Tzanck, A. Lichtwitz et A. Fischgrund.

On connaît les intéressants travaux exécutés pendant la guerre, en Angleterre, afin d'obtenir un produit capable de remédier à l'action des gaz arsenicaux vésicants, du type lewisite.

Le B. A. L. (*British Anti-Lewisite*), 2-3 dimercaptanopropanol a été le fruit de ces recherches. Il constituerait une thérapeutique efficace des lésions causées non seulement par les arsines vésicantes, mais encore par les produits médicamentaux arsenicaux, comme le rapportent Lichtwitz (*Semaine des Hôpitaux*) et S. Lewi (*Presse Médicale* du 21 décembre 1946).

Nous ne voulons nullement insister sur un cas d'érythrodermie post-arsénobenzolique dans laquelle nous avons utilisé le B. A. L. sans incident, mais sans aucune efficacité. Il est vrai que la thérapeutique ne fut instituée que le 6ᵉ jour après le début de l'éruption et l'on sait d'autre part que les auteurs anglais reconnaissent 20 o/o d'échecs.

Par contre, ce qui est beaucoup plus intéressant, c'est l'étude systématique du médicament pour la prévention de l'érythrodermie en miniature que représente le test positif au novarsénobenzol.

Chez une malade qui avait présenté une érythrodermie arsenicale grave, nous avons pratiqué deux intradermo-réactions; la première, avec du novarsénobenzol étalé, la seconde en injectant du novarsénobenzol, et immédiatement ensuite, au même point, du B. A. L., de façon à nous mettre dans les conditions d'efficacité optima. Cependant les deux intradermo-réactions furent également positives.

De la même façon, chez une malade qui avait présenté une érythrodermie post-aurique, nous avons pu faire deux intradermo-réactions : l'une à la crisalbine, l'autre à la crisalbine associée au B. A. L. Les deux réactions ont été positives.

Trichoclasie idiopathique, par MM. A. Touraine et L. Gallerand.

Cette curieuse affection du cuir chevelu paraît rarissime. Sabouraud lui-même, qui l'a décrite le premier, dit n'en avoir étudié que 4 ou 5 cas; Galewski ne l'a jamais rencontrée et nous ne croyons pas qu'il en existe plus d'une dizaine d'observations. La seule qui ait été présentée à cette Société, celle de Jeanselme et Marcel Bloch, remonte à 1923; elle concernait deux jeunes filles de 21 et 22 ans. En voici un nouveau cas :

Garçon de 14 ans, bien constitué, robuste, de parfaite santé. Fils unique, sans tare héréditaire, sans autre cas familial analogue, sans aucun passé pathologique notable ; en pleine poussée de puberté. Le premier élément de trichoclasie est apparu, sans cause apparente, il y a 2 ans, sur le côté gauche de la nuque et une repousse normale s'est faite aussitôt, sans aucun traitement. Plusieurs autres éléments se sont succédé, depuis, à intervalles très irréguliers, et ont disparu spontanément. Le malade affirme avoir eu, en janvier 1946, une plaque de pelade authentique, de la dimension d'une plaque de 2 francs, sur la région temporale gauche, et dont la repousse a été rapide. Deux nouveaux éléments de trichoclasie se sont reproduits récemment. L'un date de 2 mois environ et siège sur la région frontale gauche, près de la lisière du cuir chevelu. Il a besoin d'être recherché car la repousse, à sa surface, atteint déjà une longueur uniforme d'environ 2 centimètres, peu différente du voisinage ; il mesure environ 3 centimètres de diamètre. Les cheveux, encore que courts, y sont normaux ainsi que le cuir chevelu. Le deuxième élément est de plus fraîche date encore car le

malade ne s'en est aperçu que le 28 décembre dernier, deux jours avant notre examen. Il siège sur le côté droit de la nuque et reste à 2 centimètres de la bordure des cheveux ; bien arrondi, il mesure environ 25 millimètres de diamètre. Cet élément est beaucoup plus visible que le précédent car les cheveux sont tous cassés à une longueur très régulière de 3 millimètres ; en outre, ils sont nettement plus clairsemés que sur la peau avoisinante ; il y a donc à la fois trichoclasie et hypotrichose. De couleur et d'aspect normaux, noirs et brillants comme le reste de la chevelure, ils ont une adhérence normale à la traction et le cuir chevelu ne présente aucune anomalie, aucun prurit. Le microscope montre une racine et une tige normales ; l'extrémité des poils, au niveau de la fracture, est tantôt en sifflet, tantôt en dôme. Pas plus sur les éléments que sur le reste du cuir chevelu, on ne trouve ni trichoptilose ni trichorrhexie noueuse. Enfin le réflexe pilo-moteur, la sudation provoquée par l'injection de pilocarpine sont corrects sur les plaques comme ailleurs. L'examen somatique est entièrement négatif : à signaler seulement une couronne dentaire, depuis septembre 1943, sur la première molaire inférieure droite.

L'hypothèse pathogénique qui vient à l'esprit, en raison de maintes analogies, est qu'il pourrait s'agir d'un processus de même ordre que celui de la pelade. Mais alors que ce dernier serait progressif, relativement lent et aboutirait à l'atrophie complète du poil, celui de la trichoclasie serait épisodique, très passager et n'entraînerait qu'une atrophie limitée au court espace de temps pendant lequel a duré l'inhibition de la pilogenèse; cette atrophie serait cependant suffisante pour faciliter la fracture de la tige pilaire sous l'action mécanique de la brosse.

Papillomes cutanés et verrues intriqués chez le même sujet et dans la même famille, par MM. A. Touraine et G. A. Harlez.

Une femme, âgée aujourd'hui de 56 ans, robuste et sans passé pathologique, est atteinte en 1936 d'un petit *papillome* filiforme de la narine droite; elle l'enlève elle-même. En 1938, elle constate l'apparition sur la face palmaire de la première phalange du médius gauche, d'une *verrue* vulgaire du volume d'un pois qui subsiste, telle et unique, encore actuellement. En 1940, un *papillome* commence à se former devant le tragus de l'oreille droite; il restera longtemps stationnaire. En 1942, sa fille de 34 ans, qui vit avec elle, présente plusieurs *papillomes* de la face et du cou; elle les conserve toujours, sans grand changement. En 1944, un autre de ses enfants, un garçon de 19 ans, qui habite avec les précédentes, montre de nombreuses *verrues* vulgaires des deux mains qu'il fait soigner à Saint-Louis. Enfin, en 1944 encore, le papillome préauriculaire de la mère, subit une forte poussée spontanée, prend un aspect de chou-fleur pédiculé et atteint un diamètre de 35 × 30 millimètres, tout en restant sec, non charnu, non induré, non douloureux; en même temps se développent un petit *papillome* dans la conque de l'oreille droite, un autre, très petit, à l'angle droit de la mâchoire, un troisième au-dessus du sourcil droit et quelques autres, très petits, épars sur la racine du cou, au-dessus de la clavicule droite.

Le mari et deux autres enfants qui vivent en dehors de ce foyer sont indemnes.

Cette observation familiale apporte donc un argument de plus en faveur de l'unicité probable du virus des papillomes et des verrues. On sait d'ailleurs que la preuve expérimentale en a été apportée assez souvent depuis les recherches de Serra, de While et Kingery, d'Ulmann.

Elasticité cutanée et affections dermatologiques, par MM. Touraine et Vissian.

Au cours de notre enquête sur les rapports de l'élasticité cutanée avec diverses dysplasies mésodermiques, nous avons examiné 215 sujets porteurs d'affections dermatologiques variées. Nous nous sommes demandé si les modifications de texture de la peau caractérisées par des variations de cette élasticité au-dessous ou

au-dessus de la normale pouvaient avoir quelqu'influence sur la fréquence ou la forme de certaines de ces affections. La plupart de celles-ci sont représentées par un nombre de cas trop faible pour autoriser quelque déduction; pour d'autres, par contre, de premières conclusions peuvent être tirées de nos constatations.

La plupart des dermatoses courantes ne présentent aucune prédilection pour tel ou tel état de l'élasticité cutanée; en dehors des limites moyennes de cette élasticité on rencontre à peu près autant de cas chez les sujets à hyper- ou à hypoélasticité. Tels sont, entre autres, l'eczéma, les eczématides, le psoriasis, les lichens, l'acné, la séborrhée, l'acrocyanose, les engelures, les pyococcies, les épidermomycoses, les affections parasitaires, les lupus vulgaire et érythémateux.

Deux nous ont paru un peu plus fréquentes sur les peaux de faible élasticité : les fibromes cutanés et les sclérodermies (en dehors, il va de soi, des aires sclérodermiques).

Nous croyons pouvoir trouver une influence assez nette de l'hyperélasticité cutanée d'une part pour les vergetures et pour les chéloïdes, d'autre part pour les affections en rapport avec une diminution de résistance de la paroi des veines : varices avec ou sans eczéma local corollaire, phlébites, hémorroïdes. C'est ainsi que sur un total de 27 cas de ces diverses affections réunies nous n'en trouvons aucun chez des sujets à peau faiblement élastique, 8 chez des sujets à élasticité normale et 19 chez des sujets à élasticité plus forte que la moyenne.

Essais de traitement surintensif de la syphilis récente par pénicilline, arsenic et bismuth quotidiens, par MM. Touraine, Golé, Mad. Robert et M. Fouquier.

Nous avons cherché à augmenter l'activité des principaux médicaments actuels de la syphilis, d'une part en augmentant la dose habituelle de certains d'entre eux, de l'autre en accélérant le rythme de leur administration. Le but de ces recherches était, à la fois, de raccourcir la période de contagiosité, de réduire la durée du traitement intensif, d'augmenter, si possible, la puissance de celui-ci et, aussi, d'explorer la tolérance de l'organisme.

Il va de soi que la ligne de conduite que nous avons adoptée, dans ces divers buts, ne représente pas une directive que nous désirerions voir adopter comme traitement standard, mais seulement des indications sur ce que l'on peut faire sans inconvénient marqué (et non sur ce que l'on doit faire) pour augmenter l'activité de la thérapeutique d'assaut à la phase initiale de la syphilis, c'est-à-dire au moment où il a le plus d'importance.

Nous avons donc combiné la pénicilline, l'arsenic et le bismuth, non plus successivement, comme il est de règle dans les canevas de traitement nord-américains, mais simultanément, en injections quotidiennes.

Voici le schéma général de ce traitement qui a été suivi par 64 malades au total. A noter, cependant, que, au nom de motifs différents, 8 d'entre eux n'ont pas reçu d'arsenic.

I. — **Technique.** — 1. En hospitalisation. — Nous avons, dans quelques cas, commencé le traitement par 1 à 3 injections intraveineuses de 0 gr. 01 de *cyanure de mercure*, à jours consécutifs ; il s'agissait de 12 malades dont l'abondance des manifestations pouvait faire craindre une réaction d'Herxheimer trop violente. Chez les 54 autres le traitement a été mixte d'emblée.

Pénicilline. — Une seule série d'injections intramusculaires chez 63 malades, 2 séries chez un syphilitique à seule sérologie positive. Tous ont reçu 400.000 U. par jour en 8 injections quotidiennes (toutes les 3 heures), de 50.000 U. Les doses totales ont été : 2.000.000 pour 1 malade, 2.400.000 pour 4, 2.800.000 pour 4, 3.200.000 pour 36, 3.400.000 pour 4, 3.600.000 pour 11, 3.800.000 pour 2, 4.000.000 pour 2, 5.250.000 pour 1 (tabès). La durée la plus habituelle de ce traitement a donc été de 8 à 10 jours.

Novarsénobenzol. — Le premier jour une injection intraveineuse de 0 gr. 15 (0 gr. 30 chez les sujets de forte corpulence), destinée à s'assurer de la tolérance du malade. Les deux jours suivants, injection d'une dose de 0 gr. 01 par kilogramme de poids

(souvent la première de ces deux injections est un peu moins forte). Les diverses combinaisons qui ont été réalisées sont (en centigrammes) 30-45 chez 4 malades, 30-60 chez 3, 30-75 chez 3, 45-60 chez 5, 45-75 chez 9, 45-90 chez 4, 60-60 chez 7, 60-75 chez 7, 60-90 chez 6, 75-75 chez 5, 75-90 chez 1, 90-90 chez 1. Les jours suivants, injection quotidienne d'une faible dose, pour entretenir l'imprégnation à son niveau et cela jusqu'à disparition complète des accidents cliniques. Cette dose a été de 0 gr. 15 chez 54 malades ; elle a été entretenue pendant 2 jours consécutifs chez 4 malades, pendant 3 chez 8, pendant 4 chez 1, pendant 5 chez 9, pendant 6 chez 11, pendant 7 chez 4, pendant 8 chez 7, pendant 9 chez 2, pendant 10 chez 2, pendant 11 chez 1, pendant 12 chez 1, pendant 15 chez 1, pendant 17 chez 3. Elle a été de 0 gr. 30 chez 2 malades pendant 3 et 5 jours.

Bismuth. — Une injection quotidienne d'une ampoule pleine de bivatol pour 61 malades, de quinby pour 3 autres, a été faite pendant tout le temps de l'hospitalisation. Le nombre d'injections en série continue a été, en bivatol, de 3 pour 1 malade, de 5 pour 2, de 6 pour 2, de 7 pour 10, de 8 pour 8, de 9 pour 9, de 10 pour 8, de 11 pour 7, de 12 pour 5, de 13 pour 4, de 15 pour 2, de 16 pour 1, de 21 pour 1, de 22 pour 1, en quinby de 9 pour 1 malade, de 15 pour un autre, de 19 pour un troisième.

2. En traitement ambulatoire de dispensaire. — Aussitôt après la sortie des malades, ceux-ci ont été adressés au dispensaire. La plupart d'entre eux s'y sont rendu et ont suivi un traitement régulier, en principe de deux injections par semaine de 0 gr. 45 de novarsénobenzol et de deux injections de bivatol également par semaine, jusqu'à ce que la dose totale de produit arsenical ait atteint 1 gramme par 10 kilogrammes de poids corporel.

II. **Incidents.** — La *pénicilline* n'a provoqué aucun phénomène réactionnel notable, sauf un cas d'urticaire et quatre réactions fébriles d'Herxheimer le premier jour du traitement, mais il importe de remarquer que ces 4 malades recevaient en même temps de l'arsenic, peut-être responsable lui aussi.

L'*arsenic* paraît avoir donné lieu 6 fois à des incidents. Dans 3 cas il s'agissait de réactions fébriles tardives, une au deuxième jour après 30 et 15, une au quatrième jour après 15, 60, 60 et 15, une au neuvième jour après 15, 45, 90 et 6 fois 15 ; cette fièvre, vers 39°, est tombée en 2 à 3 jours, après cessation immédiate de l'arsenic, adrénaline et calcium. Dans 3 autres cas, il s'agissait d'un érythème survenu au cours (2e, 3e et 5e jours) des injections de 0 gr. 15 d'entretien ; tous ont disparu en 2 à 5 jours par la médication habituelle.

Quelque surprenant que cela puisse être, le *bismuth* n'a provoqué aucun signe d'intoxication ni même aucun liseré gingival, fût-ce après des séries de 10 à 16 et même 21 et 22 injections quotidiennes en série continue ; on n'a pas constaté de nodosités intrafessières.

Résultats. — Le traitement a été parfaitement supporté par tous les malades; il a été en grande faveur parmi eux et les malades témoins, qui étaient laissés aux méthodes classiques, ont manifesté leur mécontentement de ne pas bénéficier de son activité, de ses résultats, de la même brièveté de séjour de l'hôpital.

Cliniquement, en effet, les résultats ont été excellents. Les chancres, au nombre de 23, se sont épidermisés en 6 à 10 jours, selon leur taille et leur forme. En période secondaire (34 malades) la roséole s'est effacée en 36 heures à trois jours; les plaques érosives se sont épidermisées en 6 jours en moyenne, les syphilides papulo-érosives ont disparu en 8 jours; les volumineux condylomes se sont affaissés en 8 à 10 jours et ont disparu en 10 à 12. Un tabès a vu l'albuminorachie descendre de 0 gr. 42 à 0 gr. 22 en 12 jours. Par contre, la sérologie n'a été que peu influencée dans le délai du séjour à l'hôpital. Tous les malades avaient une sérologie fortement positive à l'entrée (celle-ci était la seule manifestation chez 6 malades); un seul était devenu négatif le quinzième jour. Il va de soi que nous continuerons à suivre l'évolution des réactions et que nous publierons les résultats.

A noter enfin, et la remarque est importante, que la guérison des accidents cliniques a été nettement moins rapide, chez les 8 malades qui n'ont reçu que pénicilline et bismuth sans arsenic, que chez les 56 autres qui ont subi la triple médication simultanée.

La pénicilline retardée par la polyvinylpyrrolidone, par MM. P. Durel, V. Ratner et A. Siboulet.

Dans le choc et les hémorragies, on utilise, comme remplaçant du plasma (Hecht et Weese, 1943) une solution de polyvinyl-pyrrolidone (que nous appellerons P. V. P.) à 3,5 o/o. Ce corps, de formule :

```
—— CH —— CH² —— CH —— CH² —— CH ——
   |            |            |
   N            N            N
  / \          / \          / \
H²C   CO     H²C   CO     H²C   CO
 |     |      |     |      |     |
H²C———CH²    H²C———CH²    H²C———CH²
```

a un poids moléculaire très élevé, de l'ordre de 25.000, si bien qu'au contraire des solutions de NaCl, la solution de P. V. P. reste dans les vaisseaux, retenant l'eau et maintenant la masse sanguine. Nous avons pensé que l'on pourrait se servir de cette molécule pour faire des solutions très concentrées, utilisables comme véhicule de certains médicaments. Nous avons choisi une concentration à 20 o/o de P. V. P.; ceci donne une solution qui reste cependant bien fluide. Ce véhicule nous paraît présenter des avantages indiscutables sur les produits du même genre : le corps qui sert à la solution est un corps de synthèse dont les propriétés restent constantes d'une fabrication à l'autre; tous les produits hydrosolubles se dissolvent dans ce véhicule; la résorption dans le muscle se fait sans incident, ce qui n'est pas toujours le cas des huiles. Ce véhicule-retard semble donc indiqué pour l'introduction sous-cutanée ou surtout intramusculaire des médicaments qui disparaissent vite de l'économie ou qui irritent les muscles : hormones, anesthésiques, pénicilline, anatoxines, sels de bismuth, salicylate de soude et même cyanure de mercure.

On peut se rendre compte de l'action de ce véhicule en étudiant l'élimination de la phénol-sulfone-phtaléine : après injection intramusculaire, il s'élimine, en une heure, 22 o/o du colorant s'il est en solution aqueuse, 14,4 o/o s'il est dans le P. V. P.; après injection sous-cutanée les chiffres sont 25 et 10,5 o/o.

Nos recherches (1) sur l'intérêt du P. V. P. comme solvant retard de l'insuline ont été confirmées au laboratoire et en clinique (2).

Il semble que les propriétés de ce véhicule et de cette molécule en elle-même soient d'un intérêt plus général (3).

Nous ne voulons parler ici que de la pénicilline.

Pénicillines-retard. — On a essayé de retarder la « fuite » de la pénicilline par vaso-constriction, par blocage excrétoire ou par emploi de véhicules divers : gélatine, méthylcellulose, huile, mélange de Romansky (huile d'arachide + 4,8 o/o de cire d'abeille). Ce dernier véhicule est, de loin, celui qui a l'action retard la meilleure : dans certaines conditions, le seuil pénicilliné dure 5 heures pour pénicilline + sérum, 7 heures pour pénicilline + P. V. P., et 15 heures pour pénicilline + huile et cire. Malheureusement ce mélange est très visqueux, il faut le réchauffer et l'injecter avec des seringues spéciales, inexistantes en France actuellement; c'est la raison pour laquelle notre véhicule a un certain intérêt car il

(1) Durel (P.) et Laroux (P.). Sur un nouveau véhicule-retard pour les médicaments. *Gazette Médicale de France*, n° 6, mars 1946, pp. 151-154.

(2) Pour détails et bibliographie, voir : Murat (M.). Étude de certaines propriétés chimiques, pharmacodynamiques et pharmacologiques de la polyvinylpyrrolidone. *Thèse de doctorat en pharmacie*, Lyon, 1945.

(3) Bovet (D.), Courvoisier (S.) et Ducrot (R.). Activité de la P. V. P. dans le choc traumatique expérimental et sur les accidents provoqués par certaines toxines microbiennes. *Ac. des Sciences*, 9 décembre 1946.

est d'emploi très aisé (la viscosité est de 45-50 centipoises) et, s'il ne permet pas l'injection quotidienne unique, *il offre la faculté de ne faire que 2 ou 3 injections par jour* au lieu des 6 à 8 que réclame la pénicilline aqueuse.

Circulation dans l'organisme de la pénicilline P. V. P. — Chez l'animal comme chez l'homme la P. V. P. augmente la pénicillinémie et retarde l'élimination urinaire. Cette action est encore plus nette si l'on emploie la pénicilline G qui, elle-même, s'élimine plus lentement comme nous le verrons dans la communication suivante.

Après injection intramusculaire de 200.000 U. nous trouvons, dans les urines recueillies de la cinquième à la septième heure, une élimination urinaire :

de 200 U.	pour pénicilline colorée ordinaire	dans de l'eau
1.425 U.	» » G pure	dans de l'eau
13.000 U.	» » G	dans 20 centimètres cubes d'une solution de P. V. P. à 20 o/o.
3.500 U.	» » colorée ordinaire	dans 20 centimètres cubes d'une solution de P. V. P. à 20 o/o.

(moyenne de 4 à 10 malades).

Ceci illustre la prolongation de séjour dans l'organisme.

Dans le sang, J. Pellerat et Mlle Murat (1) trouvent par centimètre cube après injection intramusculaire de 100.000 U. de pénicilline colorée dissoute :

	Dans le sérum	Dans le P. V. P. (10 cm³ à 20 o/o)
1 heure après	1 U. 48	1 U. 14
3 » »	0 U. 09	0 U. 17
5 h. 1/2 »	0 U.	0 U. 11

(moyenne de 6 sujets).

Il est intéressant de rappeler que le seuil thérapeutique est apprécié à 0 U. 04 au centimètre cube.

Activité expérimentale. — M. Cosar (2) a obtenu des résultats démonstratifs chez la souris (pénicilline commerciale à 60 o/o de G).

	Staphylococcie (80 U./20 gr.)	Pneumococcie (600 U./20 gr.)
Témoins	Survie de 0 jour	4 jours
Pén. + Sérum . . .	» 29 »	46 »
Pén. + P. V. P. . .	» 68 »	77 »

Emploi dans la blennorragie. — Gaté et J. Pellerat (3) ont rapporté le résultat de leurs essais :

Avec 100.000 U., en 2 injections, pour les urétrites antérieures et 200.000 U.

(1) PELLERAT (J.) et Mlle MURAT. Étude pharmacodynamique chez l'homme d'une solution de P. V. P. employée comme véhicule-retard. *Soc. de Thérapeutique 1947*, à paraître.

(2) COSAR (Ch.). Augmentation de l'activité thérapeutique de la pénicilline dans diverses infections expérimentales de la souris. *Soc. de Biol.* Séance du 23 avril 1945, pp. 388-391.

(3) GATÉ (J.) et PELLERAT (J.). L'association pénicilline-subtosan dans le traitement de la blennorragie masculine. *Soc. de Derm. de Lyon.* Séance du 22 novembre 1946, à paraître.

en 2 injections pour les urétrites totales, ils obtiennent 96 o/o de succès contrôlés.

En pratiquant, comme seul traitement, une injection intramusculaire unique de 100.000 U. de pénicilline colorée dans 20 centimètres cubes de P. V. P. à 20 o/o nous avons eu 30 guérisons contrôlées sur 39 malades atteints d'urétrite aiguë récente (77 o/o), 7 échecs ont guéri par un nouveau traitement avec deux injections semblables (intervalle 8 heures). Nous étudions actuellement la même posologie mais avec la pénicilline G, il est logique de penser que le pourcentage s'améliorera. On peut en tous cas penser qu'avec la pénicilline colorée actuelle deux injections de 100.000 U., une le matin et une le soir, constituent une bonne posologie puisque le pourcentage des guérisons est monté à $\frac{37}{39}$ soit 95 o/o (Dans une autre série d'expérience que l'un de nous publiera ultérieurement le pourcentage a été de $\frac{44}{46}$ ce qui fait, au total, $\frac{81}{85}$).

Pour la blennorragie, maladie ambulatoire, il nous paraît important de ramener les 6 injections, obligatoires avec la pénicilline aqueuse, à 2 seulement et ceci, avec un véhicule non gras et fluide.

Emploi dans la syphilis. — MM. J. Gaté et J. Pellerat (1) ont également rapporté leurs résultats :

Avec 300.000 par jour en 4 injections pendant 11 jours ils ont eu les mêmes résultats qu'en employant 8 injections par jour.

Les nôtres sont rapportés dans la communication suivante, ils nous paraissent également intéressants au point de vue social.

La pénicilline G, premiers essais, par MM. P. Durel, V. Ratner, A. Siboulet et J. Guibert.

La chimie de la pénicilline est maintenant connue, on distingue au moins 4 pénicillines; leur formule générale est :

```
CH3\
    >C  — CH — COOH
CH3/ |     |
     S     N
      \   / \
       HC    CO
         \  /
          CH
          |
  H — N — CO — [R]
```

dans laquelle le radical R est variable selon les types de pénicilline et l'on décrit les pénicillines :

F (= I, en Angleterre) où R est le radical pentenyl.
C (= II, » ») » » » benzyl.
X (= III, » ») » » » *p*-hydroxybenzyl.
K (= IV, » ») » » » *n*-heptyl.

La pénicilline que l'on peut considérer comme étalon est la G, la benzyl-pénicilline. Elle existait en quantité appréciable dans les premières fabrications, elle a été plus rare ensuite; maintenant, les fabricants font porter tous leurs efforts à l'obtenir abondante grâce à certaines souches sélectionnées, et quelques-uns ont même réussi à la préparer à l'état pur en l'extrayant d'une pénicilline déjà riche en cette variété.

Comment s'est-on aperçu de l'importance de cette pénicilline G ? Nous savons que les syphiligraphes américains ont écrit que la syphilis était valablement traitée par 1.200.000 U. de pénicilline, puis cet optimisme a décliné : il a fallu 2.400.000 U., voire 9.000.000 et l'on a fait la remarque que l'activité de la pénicilline, qui semblait ne pas avoir changé pour les affections à staphylocoques et à pneumocoques, avait diminué pour la syphilis. Schaffer (1) a signalé que les malades « guérissaient » mieux avec 1.200.000 U. avant mai 1944 qu'avec 2.400.000 U. après cette date.

Rappelons que la pénicilline est dosée selon son action, *in vitro*, vis-à-vis du staphylocoque. On chercha donc si des échantillons égaux devant ce pyogène l'étaient devant d'autres germes, et ceci révéla d'importantes différences. Or les chimistes avaient isolé des pénicillines de formules différentes, et l'on vit que la variabilité de l'action selon les germes correspondait à des différences de nature chimique.

Identification. — Les différentes pénicillines sont isolées du mélange obtenu par la préparation industrielle. Il faut donc savoir facilement reconnaître ces pénicillines les unes des autres ou, plus précisément, à savoir reconnaître la G.

On peut, pour cela, se servir des différences que montrent les pénicillines vis-à-vis du subtilis (Buck et coll.) (2); mais il est préférable d'étudier les différences d'action sur l'infection spirochétienne par Borrelia, chez la souris. En effet, 25.000 U. de pénicilline G font disparaître le parasite en 3 heures et jusqu'à la 20e heure, alors que 100.000 U. de pénicilline K n'entraînent qu'une disparition passagère.

On peut, plus commodément, préparer le sel d'éthyl-N-pipéridine de la pénicilline G (Sheehan, Mader et Gram) (3); les constantes physiques (coefficient d'absorption et pouvoir rotatoire) de ce sel sont caractéristiques.

Action expérimentale. — *In vitro*, les différentes pénicillines ont des activités qui se classent ainsi :

	Sur staphylo. *in vitro* (Veldee et coll.)	Streptocoque (Eagle et Musselman) (4)	Tréponème (Eagle et Musselman)
	—	—	—
Pénicilline F........	90	82	50
» G............	*100*	*100*	*100*
» X............	55	140	50
» K............	140	120	75

Dans ce tableau, la pénicilline K a une bonne place mais, *in vivo*, les différences apparaissent, car :

1° La pénicilline K est fortement inactivée dans l'organisme.

2° La pénicilline K s'élimine 2 à 3 fois plus vite que les autres.

Par exemple : dans tel essai, on trouve, une heure après l'injection :

S'il s'agit de pénicilline G : 0,31 U. au centimètre cube.

S'il s'agit de pénicilline K : 0,08 U. au centimètre cube.

Si l'on admet que le taux actif est de 0,4 U., on note que celui-ci persiste 2 heures et plus pour les pénicillines G et X; 1 h. 10 seulement pour la pénicilline K.

(1) Schaffer. Cité in « Le caractère changeant de la Pénicilline commerciale ». Committee on Medical Research of the Unites States Health Service. *J. A. M. A.*, 25 mai 1946, vol. **131**, n° 4, pp. 271-274.

(2) Buck (M.), Farr (A.-C.) et Schnitzer (R.-J.). « La différenciation des pénicillines G et K par une méthode d'essai *in vivo* ». *Science*, 18 octobre 1946, p. 371.

(3) Sheehan, Mader et Gram. « Méthode chimique de dosage de la pénicilline G ». *Jl of Am. Chem. Soc.*, 1946, vol. **68**, p. 2407.

(4) Eagle (H.) et Musselman (A). « Les bases pharmacologiques et l'activité thérapeutique réduite de la pénicilline K par rapport à celle des pénicillines C, G et X ». *Science*, 17 mai 1946, vol. **103**, n° 2681, p. 618.

Ceci fait comprendre que les activités sur les maladies expérimentales soient inégales :

	Pneumococcie de la souris	Streptococcie de la souris
	—	—
Pénicilline F	85	50
» G	*100*	*100*
» X	140	260
» K	17	9

Dans la syphilis expérimentale, la dose qui blanchit 50 o/o des animaux en expérience (après 20 injections au rythme de une toutes les 4 heures) est :

Pour la pénicilline G : 1.650 U. par kilogramme (Eagle, Magnuson et Fleischman) (1).

Pour la pénicilline K : > 16.000 U. par kilogramme (Chesney (2), puis Mahoney et Arnold (2)).

Cette différence, de 1 à 10, est grave car, ainsi que le dit un éditorial du *Lancet* (3), *la souche Q 176, employée actuellement par la plupart des fabricants du fait de son rendement élevé, est connue comme produisant, dans certaines conditions, une proportion considérable de pénicilline K.*

Nous avons donc, jusqu'ici, utilisé un alliage dont la proportion d'or fin était imprécise : maintenant que nous le pouvons, il faut, en employant l'or pur, reprendre toute la question.

*
* *

Nous avons été à même d'avoir à notre disposition de la pénicilline G de fabrication française (4) et, sans insister sur nos résultats personnels encore à leur tout début, nous voudrions souligner l'intérêt d'une étude comparative — en vénéréologie et dans les autres spécialités — de la pénicilline G pure et de la pénicilline ordinaire.

Cette pénicilline G se présente en effet différemment de la pénicilline ordinaire : c'est une poudre *blanche* et cristalline, à constantes physiques définies, toujours semblable à elle-même. De plus, elle n'est pas *douloureuse; elle n'a pas besoin d'être conservée au froid.* Tout cela est très séduisant, mais il y a deux incertitudes :

1° Pour préparer 100.000 U. de pénicilline G, il faut sacrifier au moins autant d'un produit qui n'est pas quand même totalement inactif, et le rapport des doses équilibrera-t-il le rapport des productions ?

2° Ces « impuretés » n'ont-elles pas une utilité en elles-mêmes ? Il y a une publication troublante de Dunham et Rake (5) qui montre que les tréponèmes, *in vitro*, sont moins bien immobilisés par la pénicilline G pure que par la pénicilline commerciale, et que cette différence se retrouve dans la syphilis expérimentale du lapin.

Ainsi, avant de pousser les fabricants à transformer toute leur fabrication en

(1) Eagle (H.), Magnuson (H.-J.) et Fleischman (R.). « Action synergique de la pénicilline et du mapharsen dans le traitement de la syphilis expérimentale ». *Jl of Ven. Dis. Inform.*, janvier 1946, vol. **27**, n° 1, p. 3.

(2) Cités in « Le caractère changeant de la pénicilline commerciale ». Committee on Medical Research of the United States Health Service. *J. A. M. A.*, 25 mai 1946, vol. **131**, n° 4, pp. 271-274.

(3) The *Lancet*, 14 septembre 1946.

(4) Fournie par les Services de Recherches Rhône-Poulenc-Spécia.

(5) Dunham (W.-B.) et Rake (G.). — Activité relative et partielle de la pénicilline purifiée et de la pénicilline cristallisée sur le *T. pallidum*. *Am. Jl Syph. Gonor et Ven. Dis.*, mars 1945, vol. **29**, n° 2, p. 214.

pénicilline G il faut être bien sûr que le rapport des doses compense la perte ainsi subie, et que ces éléments sacrifiés sont bien sans valeur appréciable. L'avenir en jugera.

*
* *

Les vénéréologues américains n'ont guère publié leurs résultats avec la pénicilline G, produit encore très rare.

Dans la *syphilis*, nous avons adopté une première posologie, volontairement faible : 1.20.000 dans les chancres séro-négatifs et 2.400.000 dans les syphilis à sérologie positive. La comparaison avec la pénicilline commerciale est difficile, car nous n'avons pas encore la valeur exacte de la pénicilline brune dans la syphilis (valeur d'autant plus difficile à fixer que les lots utilisés jusqu'ici avaient des teneurs inégales en G).

Voici nos premiers essais; dans l'ensemble il nous paraît que les résultats sont supérieurs, surtout quant au Bordet-Wassermann, à ceux auxquels nous avait habitué la pénicilline courante. Il est assez significatif que les deux chancres séro-négatifs le soient restés, bien que les doses soient faibles. [Lorsque nous disons « inappréciable » ceci signifie disparition complète et non seulement cicatrisation.]

Pénicilline G en solution aqueuse.

SYPHILIS PRIMAIRES

Posologie : 150.000 U. par jour en 6 injections de 25.000. Total : 1.200.000 en 8 jours, puis, après la pénicilline : bismuth liposoluble.

1° Culm... Traitement commencé le 2 décembre 1946 (Ch. petite lèvre) :
Tréponèmes disparus entre la 2ᵉ et la 4ᵉ injection.
Chancre inappréciable au 7ᵉ jour.
Bordet-Wassermann resté négatif.

2° Demo... Traitement commencé le 18 novembre 1946 (Ch. col) :
Tréponèmes disparus entre la 2ᵉ et la 6ᵉ injection.
Chancre inappréciable le 9ᵉ jour.
Bordet-Wassermann resté négatif.

3° Drou... Traitement commencé le 18 novembre 1946 (Ch. vulve et vagin) :
Tréponèmes disparus entre la 2ᵉ et la 6ᵉ injection.
Chancres inappréciables le 15ᵉ jour.
H^0K +++ le 16 novembre 1946.
H^1K + le 2 décembre 1946.
H^8K — dès le 9 décembre 1946, négatif depuis.

4° God... Traitement commencé le 23 novembre 1946 (Ch. col) :
Tréponèmes disparus après la 4ᵉ injection.
Chancres inappréciables le 15ᵉ jour.
H^0K ++ le 2 décembre 1946.
H^8K — dès le 9 décembre 1946, négatif depuis.
Réaction thermique au 2ᵉ jour.

SYPHILIS SECONDAIRE

Pénicilline G aqueuse : 300.000 U. par jour en 6 injections. Total : 2.400.000 en 8 jours, puis bismuth.

Ment... Traitement commencé le 18 novembre 1946 (roséole à grands éléments) :
Roséole disparue au 9ᵉ jour.
H^0K +++ le 19 novembre 1946.
H^6K ++ le 26 décembre 1946.
H^6K +++ le 2 janvier 1947.
H^0K +++ le 7 janvier 1947.
H^6K +++ le 25 janvier 1947.
Ictère apyrétique le 8 décembre 1946.

Pénicilline G retardée par la polyvinyl pyrrolidone, 20 centimètres cubes de P. V. P. à 20 o/o pour 100.000 U. (voir communication précédente).

I. — 150.000 U. par jour en 2 injections. Total : 1.200.000 en 8 jours, puis bismuth.

Gess... Traitement commencé le 14 décembre 1946 (syphilides anales et périanales) :

Réduites à l'état de taches pigmentées au 9e jour.

Inappréciables le 20e jour.

H°K + + + le 19 décembre 1946.

H³K + le 26 décembre 1946.

H⁸K — le 21 janvier 1947.

II. — 300.000 U. par jour en 2 injections.

Total : 2.400.000 en 8 jours, puis bismuth.

Bert... Traitement commencé le 14 décembre 1946 (Syphilis il y a 14 ans. Syphilides secondo-tertiaires lupoïdes du bras et de l'aisselle, présence de tréponèmes).

Lésions très améliorées mais très retrouvables après 30 jours.

H²K + + + le 11 décembre 1946.

H⁸K + + le 19 décembre 1946.

H⁸K — le 26 décembre 1946, négatif depuis.

III. — 300.000 U. par jour en 2 injections.

Prét... Traitement commencé le 14 décembre 1946 (Syphilides acnéiformes et papulo-squameuses généralisées. Présence de tréponèmes).

Éruption très améliorée mais encore bien visible le 22e jour (cas résistant).

H°K + + + le 27 décembre 1946.

H°K + + le 9 janvier 1947.

H⁷K ∓ le 21 janvier 1947.

Total : 4.050.000 en 13 jours 1/2, puis bismuth.

Nous avions choisi ces posologies de 1.200.000 U. et de 2.400.000 U. pour comparer avec les résultats américains, mais nous étudions maintenant la posologie suivante : 300.000 U. de pénicilline G par jour, en 2 injections (+ P. V. P.), pendant 10 jours.

Nous ne voulons pas interpréter ces observations et n'avons fait cette communication qu'à la demande de certains de nos collègues qui ont considéré qu'il convenait d'attirer l'attention des spécialistes sur cette nouvelle phase de la pénicillinothérapie.

Chancre sous-mammaire, absence — normale (?) — d'adénopathie perceptible, par MM. P. Durel, H. Payenneville et J. Guibert.

Les chancres sans adénopathie sont connus; il nous a cependant paru intéressant de rapporter l'observation suivante car la disposition lymphatique de la portion de tégument atteinte explique sans doute que l'examen n'ait pas révélé de ganglion satellite :

M. Ba..., âgée de 52 ans, entre à l'Hôpital Saint-Lazare le 5 novembre 1946. Elle a, à la paupière supérieure droite, de nombreux chalazions suppurés et une éruption parakératosique généralisée, avec un élément plus important sous le sein droit, interprétée comme d'origine infectieuse banale et traitée par une pâte ichtyolée-salicylée.

L'examen sérologique du 12 novembre répond H⁶K + + +, et celui du 19 novembre : H°K + + +. En même temps, la plaque sous-mammaire se modifie et retient spécialement notre attention :

Cet élément mesure 60 millimètres × 20 millimètres ; *il est situé un peu au-dessous du rebord costal, un peu en dedans de la ligne mamelonnaire* au point de Murphy ; à son centre existe maintenant une lentille rouge vif, infiltrée mais ni érodée ni suintante ; aspect de chancre cutané, qui n'a sans doute pas pu former une croûte du fait des applications de pâte grasse.

Le reste de la plaque est bistre, squameux, comme à l'entrée.

Un examen ultramicroscopique est positif à deux reprises sur la papule, négatif sur le reste de la plaque.

Cette plaque de parakératose existait depuis plusieurs mois, elle était légèrement prurigineuse, elle a dû être excoriée par grattage et le tréponème s'y est fixé.

Le reste de l'examen est totalement négatif, cette femme, prostituée, depuis 20 cas en carte, suivie régulièrement à la Préfecture, n'avait jamais présenté de signes de syphilis.

Où l'observation devient intéressante, c'est que ce chancre n'a aucune adénopathie satellite, ni axillaire, ni inguinale.

Nous avons eu la curiosité de nous reporter aux ouvrages d'anatomie. Il existe dans les descriptions une certaine hésitation : le territoire cutané envisagé est drainé par deux voies lymphatiques :

— une qui se rend à la chaîne axillaire; elle est dite principale par Rouvière, mais « anastomotique » par Grégoire.

— une autre, d'importance inverse selon les auteurs, dont les vaisseaux — remontant le trajet des branches perforantes antérieures de l'artère mammaire interne — vont à la chaîne ganglionnaire qui accompagne cette artère à la face profonde du plastron costal; les lymphatiques inférieurs vont directement aux ganglions diaphragmatiques supérieurs, sur la convexité du diaphragme. *L'engorgement de ces ganglions ne peut donc être perçu cliniquement* (nous n'avons pas pensé à l'exploration radiologique).

On peut donc interpréter ce chancre comme ayant entraîné une réaction lymphatique par l'intermédiaire de la deuxième voie, *ce qui fait que l'absence d'adénopathie perceptible pourrait être considérée comme normale.*

Maladie de Bowen de la paume avec épithélioma sudoripare de la cuisse, par MM. Duperrat et Jean Meyer.

Le malade n° 148.217 de la clinique dermatologique, nous a consulté le 22 octobre 1946 pour deux affections indépendantes.

Cet homme de 56 ans, en bonne santé apparente, avait depuis 1935 une dermatose de la paume gauche, qui fut d'abord traitée comme un néoplasme : exérèse au bistouri électrique, puis, après récidive, roentgenthérapie, du reste inefficace. De 1940 à 1943, on lui avait appliqué quelques antiseptiques, la tenant pour une pyodermite chronique. Le nitrate d'argent n'avait déterminé qu'une régression incomplète et temporaire. La dermatose s'était étendue, fissurée, et devenait douloureuse.

Nous avons vu au creux palmaire une kératodermie épaisse, jaunâtre, faite d'îlots squamo-croûteux confluents, étendus selon le pli transversal moyen, sur une longueur de 40 millimètres, et une largeur de 25 millimètres environ. La peau était sèche, sans érythème. Le grattage méthodique mettait à nu une fissure profonde, allongée au fond du pli sur 15 millimètres environ, siège des douleurs à la préhension et à la pression. Alentour se voyaient quelques squames, indice d'une extension de la kératodermie.

La seconde affection cutanée consistait en une tuméfaction siégeant à la face antérieure du tiers moyen de la cuisse gauche, allongée sur 5 centimètres, faisant un léger relief, et comportant un corps épais, dermo-hypodermique, bien limité, adhérant aux plans profonds. En surface, il intéressait l'épiderme sur 1 centimètre environ, sous forme d'une plaque rouge, en léger creux sur la saillie tumorale. Ni prurit, ni adénopathie inguinale.

La lésion datait de 1936. Attribuée à un éclat d'obus reçu en cet endroit en 1917 et développée sur la cicatrice, elle avait été excisée à Ambroise Paré ; on n'y avait pas trouvé d'éclat. Elle s'était reproduite lentement.

L'histologie de ces deux affections nous a montré : à la paume une maladie de Bowen typique : papillomatose, avec poïkilocarynose, ségrégation cellulaire et kératinisation monocellulaire débutant dans la profondeur. Deux examens ont été faits, lors d'une première biopsie et lors de l'intervention ultérieure. Il n'y avait pas de dégénérescence maligne constituée.

A la cuisse, un épithélioma d'origine sudoripare évidente : tumeur dermohypodermique, soulevant l'épiderme qui n'y participe pas, constituée par des boyaux épi-

(1) Gaté (J.) et Pellerat (J.). L'association pénicilline-subtosan dans le traitement de la syphilis récente. *Soc. de Derm. de Lyon.* Séance du 22 novembre 1946, à paraître.

théliaux tantôt compacts, tantôt creusés d'une lumière centrale, glanduliforme, bordée de cellules cubiques.

L'affection palmaire a été curettée et électrocoagulée profondément, l'épithélioma de la cuisse a été excisé au bistouri électrique.

Cette observation comporte deux constatations intéressantes : 1° une dyskératose préépithéliomateuse d'un siège rare, à la paume de la main gauche. Rien d'après les dires du malade, ne peut motiver la localisation de cette affection. Il nie tout traumatisme professionnel (fonctionnaire); 2° La coexistence d'une dermatose préépithéliomateuse et d'un épithélioma sudoripare, affection peu fréquente, peut-être déterminée par une cicatrice de blessure.

Accidents dus aux injections de quinine dans les angiomes profonds du nourrisson, par Jean Meyer et Doyon.

Nous sommes résolument partisans du traitement des angiomes par les injections sclérosantes, et les sels de quinine nous paraissent actuellement les plus efficaces et les plus maniables. Mais cette méthode comporte des limites et des contre-indications. Nous avons observé deux sortes d'accidents, des nécroses partielles hémorragipares, et des intoxications quiniques qu'il est facile d'éviter.

Escarres avec hémorragies :

1° L'enfant Mar..., âgé de 3 mois, est amené en mai 1946 chez l'un de nous pour tenter de compléter un traitement sclérosant, commencé en province et qui s'avérait peu efficace. Il avait au front un angiome dermo-hypodermique de 35 millimètres de diamètre, et d'une grande épaisseur, atteignant au moins 30 millimètres. La radiothérapie avait été jugée dangereuse en raison de la proximité des yeux, et de la dose relativement élevée qu'aurait nécessité le volume de la lésion. La curiethérapie était impraticable dans la localité. On avait donc fait en pleine masse 4 injections de quinine urée, nous ne savons pas à quelle dose. Une escarre s'était produite après la 3e, au pôle de la tuméfaction. En enlevant le pansement, s'est détachée une minime croûtelle, qui la couvrait, et une forte hémorragie en jet saccadé s'est produite. Nous avons aveuglé la plaie au penghavar, et dès le lendemain, Fèvre a opéré le bébé à Saint-Louis, enlevant en masse l'angiome et suturant la plaie. Guérison sans complications.

L'histologie a montré un angiome de type mixte constitué en majeure partie de nappes histiocytaires indifférenciées dans lesquelles apparaissent des ébauches de cavités capillaires. Çà et là de grands lacs caverneux traversent un feutrage histiocytaire. On voit de grandes travées fibreuses dont on peut discuter les rapports avec les injections sclérosantes (Duperrat).

2° L'enfant L..., âgé de 8 mois, a été amené en septembre 1946 chez l'un de nous, porteur d'un angiome sus et préclaviculaire droit, ulcéré et saignant, de plus de 6 centimètres de diamètre, et plongeant profondément. Un pansement compressif, posé depuis 24 heures, avait déterminé l'œdème du bras. L'enfant était exsangue. Au centre de l'angiome, le sang suintait sous une petite escarre.

Le médecin traitant, dans une petite ville du Centre, avait consulté un radiologue qui avait jugé rayons X et radium contre-indiqués, puis un chirurgien, qui avait fait 6 injections interstitielles de quinine-urée. L'escarre s'était produite après la 2e. L'hémorragie datait de plusieurs jours. Hospitalisation dans le Service de Fèvre à Saint-Louis. Intervention après transfusion, et accompagnée de transfusion, en 2 temps : un premier de ligature de tous les vaisseaux apparents ; un second d'exérèse en masse au bistouri avec suture. Guérison sans autre accident.

L'histologie a montré comme dans le cas précédent un angiome de type mixte, nappes histiocytaires creusées de cavités capillaires, et grands lacs caverneux. Quelques traînées de sclérose modestement ébauchées (Duperrat).

Les escarres spontanées sont trop fréquentes pour qu'on puisse inculper sans aucun doute les injections interstitielles. Dans ces deux cas, leur rôle est seulement des plus probables. Ce qui est certain, c'est leur inefficacité.

Nous estimons que les injections interstitielles doivent infiltrer toute la masse ou du moins une portion nettement limitée de cette masse. Très efficaces dans un

petit angiome, elles ne le sont dans un gros que si on peut mettre en œuvre une assez grande quantité de liquide. Or chez le nourrisson, la tolérance de l'enfant limite la quantité de quinine utilisable. Une injection insuffisante est absolument inutile, et il se pourrait d'après nos deux observations, qu'elle soit dangereuse, en déterminant une escarre susceptible de saigner.

Accidents par intoxication quinique.

Nous avons observé deux types d'accidents.

Le choc ne nous a pas paru rare, mais jamais nous n'en avons vu de grave : le nourrisson tolère bien la piqûre, crie, et continue à crier une fois l'aiguille retirée : 5 minutes après, il pâlit, cesse de crier, son regard devient vague, et il tourne ses yeux à droite et à gauche avec un sérieux impressionnant. Le malaise ne dure que quelques dizaines de secondes, puis il se reprend à crier. S'il a tété, il vomit.

La grande intoxication quinique : nous en avons observé un cas à Chaumont pendant l'hiver 1939-1940. L'enfant âgé d'un an environ, avait un énorme angiome du cou, dont émergeaient de gros troncs vasculaires. Nous en avons entrepris la sclérose par injections intravasculaires de quinine uréthane. La première avait d'un coup sclérosé une bonne partie de la masse. Par suite d'une erreur, la seconde fut faite avec une solution trop concentrée, et la dose, que nous ne pourrions plus préciser, a été beaucoup trop forte. Quelques minutes après la piqûre, l'enfant a pâli, puis a été pris d'un grand frisson, fait extraordinaire à cet âge. Il a perdu connaissance et pendant une heure environ, se sont succédées des crises de convulsions que nous tentions d'enrayer par un bain chaud. Il est revenu à lui, et à fait un accès de fièvre à 40, est terminé après quelques heures par une transpiration profuse. Le lendemain, il était bien, et la sclérose était satisfaisante. Nous avons fait d'autres piqûres à dose correcte, sans incident. L'enfant était à peu près guéri lorsqu'il a été emporté en février 1940 par une bronchopneumonie.

La question de la dose de quinine mérite donc d'être précisée. Il semble qu'on pourrait monter à 15 centigrammes par 10 kilogrammes de poids, sans dépasser la tolérance probable. Mais les très petits ne tolèrent pas toujours bien cette dose, et il vaut mieux ne pas commencer par plus de 10 centigrammes de quinine-urée. cela nous limite à 1 centimètre cube de quinine urée à 5 o/o pour un nourrisson de 5 kilogrammes. L'expérience montre que dans un angiome tubéreux, cette petite quantité est déjà efficace, et qu'on en sera quitte pour multiplier les piqûres. Dans un angiome profond, c'est insuffisant, le liquide semble résorbé sans avoir agi.

Toutes les fois qu'il sera possible de ponctionner un des vaisseaux de l'angiome, on s'assurera un résultat bien plus rapide en y injectant de la quinine-uréthane, qui doit être strictement intravasculaire. Une solution de 10 o/o de quinine obtenue en diluant convenablement la solution commerciale suffit, ce qui permet d'injecter 1/2 centimètre cube à 10 o/o à un nourrisson de 5 kilogrammes.

Lorsque les injections vasculaires sont impossibles, et que les interstitielles sont contre-indiquées, nous sommes d'avis de recourir au chirurgien, ces angiomes profonds étant, à l'inverse des tubéreux, souvent radio et radiumrésistants.

Tuberculides cutanées et kérato-conjonctivites, par MM. Duperrat et Vanbremeersch (Amiens).

Les rapports des affections tégumentaires de l'œil et des dermatoses, sont forcément très étroits et l'on connaît bien des kérato-conjonctivites des maladies bulleuses, de l'aphtose, du lupus érythémateux, de l'eczéma, du *molluscum contagiosum*, etc. Il est possible de faire figurer les tuberculides sur cette liste. Nous avons en effet observé les deux cas suivants :

1° Mme D..., 53 ans, est atteinte depuis l'âge de 30 ans d'une kérato-conjonctivite évoluant par poussées successives au rythme de 4 à 5 par an : chaque poussée se manifeste par céphalées, douleurs orbitaires et oculaires, photophobie, diminution

considérable de la vision. Il existe des séquelles importantes sous forme d'opacités cornéennes. Or depuis la même époque, des poussées d'acné rosacée péri-buccales alternent avec les poussées oculaires. Quand nous voyons la malade en 1945, adressée par le Dr Prudhommeaux, cette acné se présente sous l'aspect de papulettes rosées squameuses de la taille d'une tête d'épingle en verre, fermes au palper. Averti par un cas analogue d'acné rosacée qui fut publié ici-même par MM. Hudelo et Gougerot nous avons fait la biopsie d'un de ces éléments, qui a montré une structure franchement épithélioïde en nappe préi-pilaire.

Aucun effet du traitement de Charpy. Par contre bon effet de l'antigène méthylique qui amène en un mois la régression de l'acné. Il est intéressant de noter que depuis le début de ce traitement, soit 18 mois, il ne s'est produit aucune poussée de conjonctivite.

2° Mme H..., 61 ans, présente depuis 1943 sur les membres inférieurs des nodules dermo-épidermiques violacés évoluant vers la formation d'ulcérations qui laissent des cicatrices blanchâtres. La durée totale d'évolution d'un nodule est de six mois à un an. Depuis le début de l'éruption, la malade souffre d'une conjonctivite avec larmoiement. Pas de troubles généraux, pas de fièvre. Les différents traitements proposés (propidon, vaccins, sulfamides, anatoxine) ont été inefficaces.

A l'examen le 24 mai 1945, il y a une soixantaine d'ulcérations de 3 à 15 millimètres et trois nodules violacés non ouverts. Les conjonctives palpébrales sont rouges, injectées, avec larmoiement.

La biopsie du bord d'une ulcération montre un mélange de lésions suppurées et de nappes épithélioïdes dont le centre évolue vers une nécrose liquéfiante.

Le 7 juin on institue le traitement de Charpy. Le 1er octobre, la malade est complètement guérie, à la fois des lésions cutanées et de la conjonctivite.

En conclusion, dans deux cas, l'un d'acnitis miliaire, l'autre de folliclis, la coexistence d'une conjonctivite rebelle, puis la guérison de celle-ci synchrone avec la guérison de la dermatose, plaident en faveur de la nature tuberculidique de la lésion oculaire. Souck, dans les *Acta derm. vener.*, Stockholm, juin 1946, pp. 45-52 relate un cas semblable ou des tuberculides papulo-nécrotiques du gland apparaissent par poussées en même temps qu'une kérato-conjonctivite phlycténulaire récidivante de l'œil droit.

Forme atypique mégacellulaire de l'épithélioma spino-cellulaire de la peau, par MM. Duperrat et Vanbremeersch (Amiens).

Mme Le M..., 56 ans, est venue nous montrer le 19 septembre 1946 une tumeur frontale sus-orbitaire droite, régulièrement arrondie, de 22 millimètres de diamètre, surélevée de 3 ou 4 millimètres, recouverte en son centre d'une croûte épaisse qui, soulevée, laisse à nu une ulcération saignotante.

Cette tumeur s'est développée en 6 mois sur une peau qui était normale paraît-il et n'avait subi aucun traumatisme.

Il n'y a pas d'adénopathie.

L'examen histologique montre un épithélioma atypique infiltrant : les cellules néoplasiques apparaissent isolées, presque toujours très volumineuses, souvent énormes dispersées dans un stromo fibrinoïde. Par place, on note une importante réaction leucocytaire.

Exérèse au bistouri électrique. Curettage et électrocoagulation du fond de la plaie. Cicatrisation parfaite le 17 octobre. A noter que sa mère et son grand'père maternel auraient présenté une lésion identique, au front aussi, dont l'un serait mort par extension et généralisation.

Il s'agit en somme d'un de ces épithéliomas appelés « méga-cellulaires », ou « à cellules isolées », ou « à grandes cellules à exoplasme réduit ». Leurs principales caractéristiques histologiques sont :

— l'indépendance des cellules néoplasiques qui ne sont plus jointives mais flottent dans une sorte de nécrose fibrinoïde de la trame;

— l'aspect de kératinisation monocellulaire (dyskératose) qui en découle;

— les énormes variations de taille des protoplasmes aussi bien que des noyaux.

Il serait intéressant de connaître la répercussion pronostique de ce dessin histologique. Malheureusement les avis des auteurs sont exactement partagés, et le petit nombre d'observations suivies pendant longtemps ne permet pas de trancher.

Intradermo-réaction à la tuberculine et lichen plan. Extinction du lichen coïncidant avec une exacerbation des réactions tuberculiniques, par M. Paul Blum.

Chez un certain nombre de malades, nous avons observé une atténuation des signes du lichen plan, voire *une extinction des manifestations morphologiques* avec disparition du prurit sous l'influence d'intradermo-réactions à la tuberculine au 1/1.000, renouvelées deux à trois fois par semaine. Il semble que l'extinction se fasse d'abord d'une façon *locale*, dans le *membre même où l'intradermo a été pratiquée, puis se généralise*. Le prurit disparaît assez rapidement.

L'interdermo-réaction faite au niveau même *des lésions lichéniennes* apporte une modification peu nette, qui ne semble pas supérieure à l'intradermo faite à distance.

L'intradermo-réaction a une *action nettement supérieure* à la cutiréaction, à la tuberculine propre.

L'intradermo-réaction à la tuberculine semble avoir une réaction *spécifique*, car ce n'est pas une vulgaire réaction de choc : des essais comparatifs fait avec le vaccin antistaphylo, le vaccin antistreptococcique, ou avec l'hémostyl, n'ont donné aucune réaction locale ni focale intéressante.

Nous soulignons *l'intensité des réactions intradermiques à la tuberculine*, qui atteignent de 15 à 40 millimètres de diamètre. Dans une observation tout à fait typique, nous avons *même* noté à chaque intradermo-réaction, une *exacerbation considérable des réactions tuberculiniques, qui contrastait avec la disparition et l'extinction des manifestations lichéniennes*.

Nous ne discuterons pas ici l'explication pathogénique de ces faits, mais nous rappellerons que notre recherche a été influencée par l'opinion que soutenait Milian en janvier 1933 sur la théorie tuberculeuse du lichen plan, et par les essais heureux de Burnier sur le traitement du lichen plan par la tuberculine extrêmement diluée, allant du 1/100 de milligramme au 1 milligramme (1).

Un fait extrêmement curieux et surprenant est l'exacerbation des réactions tuberculiniques au fur et à mesure des intradermo-réactions, qui paraît peu conforme à nos idées d'immunisation progressive.

Observation I. — Le n° 148.202, malade de la Clinique de la Faculté, âgé de 69 ans, a une éruption généralisée de lichen plan disséminé sur le tronc et sur les membres, très prurigineuse, durant depuis deux mois. Une première intradermo à la tuberculine au 1/1.000 faite sur un bras donne une papule centrale de 12 millimètres avec auréole de 20 millimètres. La deuxième faite sur l'autre bras atteint 15 à 25 millimètres de diamètre. Une troisième est géante 40 × 25, aves une auréole de 70 millimètres. Les quatrième et cinquième restent stationnaires. Le prurit diminue dès la deuxième piqûre. Les lésions s'affaissent dès la quatrième. Le traitement est continué.

Obs. II. — Le n° 148.295, âgée de 25 ans, présente depuis un an des lésions cutanées du cou, très prurigineuses. Une série d'injections amène une sédation des lésions. L'exacerbation des intradermos est moins nette que dans les précédentes.

Obs. III. — Le n° 148.320, âgé de 39 ans, adressé au Dr Blum par le Dr Le Dinh a un lichen plan typique du palais et des joues ; sur le corps, des lésions papuleuses

(1) Cf. Burnier. Traité du lichen plan par la tuberculine, *La Médecine*, mars 1946, p. 141.
Cf. aussi Milian. *Bull Soc. Dermat.* 1933 ; Reinert, *Thèse Paris*, 1938 ; Dubois, *Thèse Paris*, 1945

atrophiées, qui histologiquement sont du lichen plan. Sous l'influence de cuti-réactions à la tuberculine brute, il se produit :

1° une extinction de la lésion locale ;

2° une modification de l'aspect des lésions atypiques du tronc, qui deviennent squameuses et pâlissent. On fait une série d'intradermo-réactions qui semblent plus efficaces. L'une d'elles entraîne la production d'une petite bulle sur la lésion lichénienne de la bouche.

Qu'est le lichen plan ? — Ces faits peuvent-ils en éclairer l'origine mystérieuse ou du moins l'orienter vers l'hypothèse d'une origine infectieuse ou tuberculeuse ? Pour le moment, nous en retenons le fait, sans conclure.

L'application des lois des 13 et 24 avril 1946 et le contrôle sanitaire de la prostitution, par le docteur Paul Blum médecin-chef du dispensaire de salubrité.

La Société française de Dermatologie, le 20 février 1946, avait émis à l'unanimité les vœux suivants :

1° maintien de la surveillance des prostituées;

2° perfectionnement de cette surveillance et de la recherche épidémiologique;

3° lutte contre le proxénétisme;

4° lutte contre la prostitution clandestine, c'est-à-dire, non surveillée médicalement;

5° lutte contre la prostitution des mineures;

6° avant de donner son avis sur l'opportunité de la fermeture des maisons de tolérance, la Société française de Dermatologie estimait indispensable *en raison de la recrudescence inquiétante des cas de maladies vénériennes*, dix fois plus en 1945 qu'en 1939, que la décision de fermeture soit en tout cas précédée de mesures sanitaires légales et efficaces, propres à intensifier la lutte contre les dangers de la prostitution sous toutes ses formes et, en particulier, la prostitution clandestine.

Le 13 avril 1946, l'Assemblée Nationale Constituante adoptait la loi n° 46.685, tendant à la fermeture des maisons de tolérance et au renforcement de la lutte contre le proxénétisme, mais le 24 avril 1946, elle adoptait une autre loi n° 46.795, qui tendait à instituer *un fichier sanitaire et social de la prostitution.*

Sans doute, l'Assemblée Nationale Constituante avait-elle adopté, le 11 avril 1946, les propositions de résolution invitant le Gouvernement à lui soumettre un plan général de lutte contre les maladies vénériennes et l'immoralité publique, ayant pour objet de renforcer la lutte contre les maladies vénériennes de la prostitution et le proxénétisme et notamment de : ....
....

4° Réorganiser sur des bases nouvelles une police agissante et efficace, comprenant un personnel féminin ayant une action plus sociale que répressive.

5° *Supprimer progressivement la mise en carte* après création d'un fichier médico-social et national des prostituées.

*
* *

En application des textes des nouvelles lois tendant à la fermeture des maisons de tolérance et au renforcement de la lutte contre le proxénétisme, et à celle qui tend à instituer un fichier sanitaire et social de la prostitution (1), nos services de la Préfecture de Police ont exécuté les lois, en nous y conformant correctement et loyalement.

1° Les maisons de tolérance ont été fermées d'une façon totale et définitive. Les

(1) Lois n°s 46.685 et 46.795 adoptées par l'Assemblée Nationale Constituante.

premières, le 17 janvier 1946 (70 en appartement), d'autres le 23 septembre 1946 (35), les dernières, le 7 octobre 1946 (58).

2° Le contrôle sanitaire des femmes a perdu son caractère coercitif. Les sanctions disciplinaires ont été supprimées, conformément aux instructions de M. le Ministre de la Santé Publique; il a été maintenu un contrôle sanitaire sans sanctions avec hospitalisation d'office des contagieuses.

3° Nous nous sommes efforcés de donner à la Maison de Saint-Lazare et au Dispensaire de Salubrité, un caractère exclusivement médico-social, en collaborant à l'établissement du Fichier sanitaire exigé par la loi, en s'efforçant de donner une grande part au côté moral et social du relèvement des prostituées.

*
* *

Après la fermeture des maisons, que sont devenues les femmes de maisons, les femmes en cartes, qu'est devenue la maison de Saint-Lazare ?

1° *Que sont devenues, après la fermeture des maisons, les femmes de maisons ?*

Les femmes qui étaient encore en maison le 7 octobre 1946, ont été invitées à se présenter au Dispensaire de Salubrité à notre *Service Social.*

Sur *923* femmes convoquées, *519* seulement ont répondu ou sont venues :

Sur ces 519 :

93 ont apporté des certificats de travail; ce travail a été contrôlé et est effectif.
154 ont exprimé le désir de travailler et de renoncer à la prostitution.
21 se sont mariées ou ont repris la vie commune.
11 ont déclaré repartir pour leur pays (province ou colonies : Martinique, Guadeloupe, Sénégal).
92 ont fait suffisamment d'économies et désirent se reposer avant de prendre une décision.

Par contre :

64 ont demandé à subir des visites périodiques.
84 ont été attributaires de carnets sanitaires.
Sur les 404 femmes qui ne se sont pas présentées :
65 avaient de fausses adresses.
339 ne se sont pas présentées, bien que touchées par nos convocations.
Ces 404 femmes semblent se livrer à la prostitution clandestine. Nous en retrouvons au cours des rafles et des arrestations.

2° *Que sont devenues les femmes en carte ?*

Beaucoup, continuant à vivre de la prostitution, ont demandé à nos médecins et à notre service social de continuer à passer des visites sanitaires.

Alors que chaque jour les médecins voyaient à leurs visites 350 à 400 femmes environ, le chiffre avait baissé en juillet à 200, puis à 190.

La moyenne journalière est un peu plus forte actuellement, de 200 en moyenne, soit 1.200 par semaine.

Beaucoup de femmes ex-en carte se prostituent soit ouvertement, soit de façon clandestine. Certaines reçoivent la clientèle chez elles. Certaines, dans des logements *ad hoc.*

En supprimant la carte, le problème de la visite sanitaire reste entier. Nous estimons que toutes ces femmes qui seront inscrites au fichier Central sanitaire et social de la prostitution, doivent être obligatoirement porteuses de carnets sanitaires, ou carnet de santé, où seront consignés les résultats des examens cliniques, des examens bactériologiques et sérologiques. Nous avons proposé le modèle

qui avait été adopté par les Entraîneuses, sous le titre « Médecine sociale ». Nous avons d'ailleurs pour simplifier le travail médico-social fait deux parties dans le carnet sanitaire :

Première partie : notant les résultats de tous les examens.

Deuxième partie : contenant toutes les indications des traitements institués et régulièrement mentionnés.
Les femmes n'auront plus qu'un seul carnet de santé.

Aucune sanction disciplinaire n'est appliquée. — Les femmes reconnues contagieuses sont hospitalisées d'office, conformément à l'article 7, de la loi du 31 décembre 1942. Notre service épidémiologique poursuit activement ses recherches médico-sociales concernant les faits de contamination des femmes inscrites au Fichier.
La question des réfractaires aux visites n'est pas encore tranchée.

*
* *

La question des racoleuses :

Elles sont souvent envoyées au dépôt et dirigées sur Fresnes par le Juge d'Instruction ou remises en liberté provisoire avec convocation devant le tribunal correctionnel et échappent à tout contrôle médical.
Nous avons demandé que toutes les racoleuses soient dirigées sur le dépôt de Saint-Lazare, comme cela se faisait autrefois, et elles pourront du moins être hospitalisées si elles sont atteintes d'affection vénérienne contagieuse.
Du 2 mai au 30 novembre, la police municipale a arrêté 1.766 filles pour délit de racolage; la police judiciaire en a arrêté 319, soit 2.085 filles ont été arrêtées par la police et déférés à la Justice.

3° *La Maison de Saint-Lazare.*

Les femmes n'étant plus astreintes à des visites obligatoires, peuvent, sans être inquiétées, être atteintes de maladie (syphilis ou blennorragie), sauf le hasard d'une visite médicale à l'occasion d'une rafle ou d'une arrestation. Le nombre des rafles et des arrestations ayant diminué: la loi sur le racolage ayant expédié sur les prisons les racoleuses, le chiffre des admissions à *Saint-Lazare* a diminué de façon considérable et brutale.
Alors qu'en janvier 1946, il était encore de 411 par mois, il baissa progressivement à 247 en avril. Dès le mois de mai, il tombe à 52, puis même à 35 en juin. Il remonte légèrement, il a pu atteindre 185 en août, 110 en octobre, 151 en novembre.

4° *Les rafles et les arrestations.*

Elles ont été reprises d'une façon timorée.
Avant les lois des 13 avril et 24 avril 1946, il y a eu en six mois : *13.388 arrestations.*
Depuis l'application des lois, ce chiffre est tombé en six mois à : *1.571 arrestations.*
Sur les femmes arrêtées, beaucoup sont reconnues malades et parfois sont atteintes de syphilis floride.
Comparons les résultats de ces arrestations en deux périodes identiques (1) :

(1) En six mois sur 2.139 femmes examinées, 809 ont été reconnues malades, soit une proportion de 37 o/o, alors qu'auparavant la proportion des malades étaient de 20 o/o environ (1er mars 1947).

Par exemple :
En une semaine, novembre 1945, par exemple : il y a eu *565* arrestations dont : 405 filles et 160 insoumises.
Sur ces femmes, *106* étaient malades, soit 1/5.
Sur 405 filles, 40 étaient malades, soit 1/10.
Sur 160 insoumises, 66 étaient malades, soit 1/3.
106 malades dont :
16 syphilis (10 insoumises, 6 filles);
21 blennorragies (7 insoumises, 11 filles);
69 affections gynécologiques (49 insoumises, 20 filles).
Depuis l'application des lois, en une semaine (du 18 novembre au 24 novembre 1946) :
Il y a eu *139* arrestations.
Sur les femmes arrêtées, *46* étaient malades, soit 1/3.
46 malades, dont :
11 blennorragies (4 ex-filles, 7 clandestines);
13 syphilis (4 ex-filles, 9 clandestines);
12 affections gynécologiques (4 ex-filles, 8 clandestines).
Cette *proportion de plus d'un tiers de malades*, se retrouve chaque semaine parmi les femmes arrêtées au hasard, alors qu'elle ne l'était que d'un *cinquième* avant la promulgation des lois.

5° *Qu'est devenu le Dispensaire Toussaint-Barthélémy depuis l'application des lois ?*
Le nombre des consultants est resté à peu près identique.
Un certain nombre de prostituées, ayant du travail le matin, ont préféré venir le soir.
Il n'y a eu ni augmentation de malades, ni en urologie, ni en gynécologie. Notons l'augmentation du pourcentage des syphilis primo-secondaires contagieuses. Alors qu'en 1945, il était de 6,03 o/o des malades nouveaux, il est en 1946 de *13,7 0/0*.

6° *L'œuvre de relèvement.*
Cette œuvre est rendue difficile car beaucoup de femmes échappent à la surveillance médico-sociale, et, un grand nombre, suivant que le travail est insuffisamment rémunérateur, se livrent de façon habituelle ou occasionnelle à la *prostitution clandestine*.
Nous avons montré ce qui avait été fait pour les femmes de maison et les femmes en carte. Le service social a placé 55 femmes qui fréquentaient les maisons. 38 femmes ont trouvé d'elles-mêmes leur emploi. A 18 femmes en carte, nous avons fourni du travail. (1/3 est fourni par les offices de placement départementaux et municipaux, 1/3 par les services sociaux d'usines, d'hôpital, de caisses de compensation, 1/3 est dû à nos assistantes sociales enquêteuses).
Pour les mineures, rien n'est changé depuis la loi du 13 avril 1946.
7° *L'organisation du fichier sanitaire et social.*
Des conférences fréquentes ont eu lieu avec le Ministère de la Santé Publique et les Organisations sanitaires du Département pour l'établissement d'un *fichier central*, dont le modèle sera donné officiellement en janvier. Le modèle adopté est à peu près celui de la Préfecture de Police.

L'organisation sanitaire a été ébranlée et le contrôle sanitaire devenu difficile.
Le contrôle sanitaire s'exerce sans moyen de coercition; seule, la persuasion à la disposition des médecins pour aboutir à un résultat.
En dehors de la loi de 1942 sur les maladies vénériennes, ils n'ont en effet aucun moyen coercitif légal. Ils peuvent appliquer seulement l'hospitalisation d'office pour les contagieuses vénériennes.
Ces résultats ne correspondent pas aux intentions des législateurs, ni de ceux qui veulent le relèvement moral et l'amélioration de l'hygiène publique, par l'abaissement des maladies vénériennes.

Maison de Saint-Lazare

Statistique Médicale pour 1946

	1946	Comparaison 1944	1945
Syphilis primaires	78	97	153
Syphilis secondaires	181	171	247
Syphilis anciennes	479	753	1142
Syphilis sérologiques	155	149	327
Chancres mous	70	2	62
Gonococcies	607	1415	1961
Gales et divers	1161	1256	2543
			+ 992

État comparatif du 4e trimestre 1945 avec le 4e trimestre 1946.

4e trimestre 1945 Arrestations : 5.917 *Malades* : *1.244*, soit *1/5*.				*4e trimestre 1946* Arrestations : 997 *Malades* : *368*, soit plus de *1/3*.			
	Maladies constatées				Maladies constatées		
	Syphilis	Gonos	Divers		Syphilis	Gonos	Divers
Octobre	31	104	333	Octobre	21	16	66
Novembre	55	96	326	Novembre	33	43	74
Décembre	30	68	201	Décembre	38	29	48
Total	116	268	860	Total	92	88	188

Traitement d'une leishmaniose cutanée par l'antimoniate de méthylglucamine (2.168 R. P.), par MM. J. Ragu et J. Schneider.

Mme N..., âgée de 26 ans, mariée, 3 enfants (Obs. n° 1283), se présente à la consultation du Centre A. Cassar, à Tunis, le 11 avril 1946, pour une plaie ulcérée de la joue gauche apparue depuis 5 mois et présentant les dimensions suivantes :

Axe vertical : 4 centimètres entamant le repli naso-génien.

Axe horizontal : 6 centimètres, entamant de plusieurs millimètres le sillon orbitaire.

La plaie est surélevée et recouverte d'une croûte jaune. Elle laisse sourdre un pus jaunâtre, dont l'examen microscopique révèle un nombre abondant de Leshmania-tropica.

Traitée au 2.168 R. P. en injections intramusculaires, pendant 5 jours, à la dose de 5 centimètres cubes (1 gr. 50 de 2.168), puis, pendant 10 jours à la dose de 20 centimètres cubes (6 grammes), tous les jours, en l'espace de 15 jours on note, et la disparition rapide de la purulence, et la cicatrisation de l'ulcère.

La malade a été revue le 18 novembre 1946, il demeure une cicatrice rose-violette sur la joue gauche ; ses dimensions sont les suivantes :

Axe vertical : 2 centimètres.

Axe horizontal : 3 centimètres.

La peau est souple, d'apparence normale.

Les deux points intéressants de cette observation sont :

1° la rapidité de l'action thérapeutique;

2° le lieu d'habitation de la malade : la banlieue Nord de Tunis, où, jusqu'ici, on n'avait jamais observé le leishmaniose cutanée.

A propos de la MKRII, par MM. Marc Bolgert et Georges Lévy.

La plupart des laboratoires pratiquent en même temps que d'autres réactions sérologiques, la réaction d'éclaircissement de Meinicke II. Jamais d'ailleurs on ne nous indique de quelle modalité de la M. K. R. II il s'agit. On sait en effet qu'il y a quatre modalités de la M. K. R. II qui sont, dans l'ordre de sensibilité croissante et de spécificité décroissante, la réaction après centrifugation, la réaction microscopique, la réaction macroscopique et la réaction de clarification. Sans doute, est-ce en général la réaction de clarification qui est effectuée.

Les résultats obtenus sont, à la lettre, extravagants. Alors que sont négatives toutes les autres réactions, chez des sujets cliniquement indemnes de syphilis acquise ou héréditaire, la M. K. R. II se révèle soit partiellement soit le plus souvent totalement positive. C'est ce fait que nous avons observé à maintes reprises et l'un de nous a pu, à un moment, constater 25 o/o de résultats discordants dans un laboratoire de province.

A quoi tient cette sensibilité exagérée de la M. K. R., qui lui enlève, à notre sens, toute spécificité ? Peut-être à ce que Meinicke n'ayant jamais donné la formule exacte de son antigène, l'antigène actuellement préparé est beaucoup trop sensible. Cette interprétation est possible car, avant la guerre, le M. K. R. II paraissait être une réaction sensible et presque toujours spécifique.

Quoi qu'il en soit, et à une période où, avec les certificats prénuptiaux, les médecins doivent tout de même interpréter les résultats des réactions qu'on leur adresse, nous pensons qu'on ne doit tenir aucun compte d'une M. K. R. II seule positive alors que toutes les autres réactions sont négatives. Et nous savons que nous ne sommes pas les seuls syphiligraphes à être de cet avis.

Nous restons fidèles, par contre, à la réaction d'opacification de Meinicke, moins sensible mais certainement beaucoup plus spécifique.

Un an de lutte antisyphilitique dans un département rural, par MM. Georges Lévy et René Deguiral.

Les hasards de l'après-guerre ont amené l'un de nous à séjourner dans le département du Lot. Il fut chargé de l'organisation de la lutte antivénérienne, jusqu'alors à peu près inexistante. Trois dispensaires fonctionnaient, mais il ne s'y rendait qu'un nombre infinitésimal de malades.

Il est certain que, dans un département à faible population, les vénériens ne vont que difficilement au dispensaire et préfèrent se faire traiter par leurs médecins. Les médecins du département ne faisaient pour ainsi dire jamais de déclaration de contamination et la lutte contre la prostitution clandestine n'existait pas. Nous avons tenté de remédier à cet état de choses.

Le tableau suivant indique les résultats obtenus en 1945 (Je note que nous n'avons fait qu'une consultation *mensuelle dans* chaque dispensaire).

Mouvement des consultations des dispensaires.

en 1943, 1944, 1945.

	1943	1944	1945
Nombre de séances	59	76	54
Nombre de consultants	15	10	354
Nombre de Syphilis récentes	9	2	36
Hérédosyphilitiques	0	0	82
Examens sérologiques.	14	33	539

Commentaires :

1° Les médecins du Lot font, plus fréquemment, des déclarations d'affections vénériennes, ce qui permet parfois la recherche de l'agent contaminateur.

2° La lutte contre la prostitution clandestine a pu être organisée surtout dans les villes comme Cahors et Figeac. Nous nous heurtons à des difficultés souvent créées par les municipalités qui ne se rendent pas compte de l'utilité de la prophylaxie antivénérienne.

3° Il existe à Cahors un refuge des filles repenties où aucune femme n'avait jamais été examinée au point de vue antivénérien. Nous avons pu pénétrer dans ce refuge et grâce à la compréhension des sœurs dirigeantes, nous avons pu effectuer un travail utile. Actuellement, chaque femme à son entrée, est examinée et un examen sérologique est pratiqué.

4° A la prison de Cahors, les examens sérologiques sont pratiqués régulièrement, grâce à la compétence du médecin de la prison.

5° Nous avons pu — avec assez de difficultés — obtenir que, chez la plupart des femmes enceintes, des examens sérologiques soient faits. Malheureusement, plusieurs médecins demeurent encore systématiquement opposés à ce dépistage et refusent de pratiquer les examens chez leurs parturientes.

Des fiches de liaison ont pu être établies entre les maternités et la Direction de la santé où sont indiqués les résultats des examens sérologiques, le poids des nouveau-nés, le poids des placentas et s'il y a lieu, les radiographies osseuses.

Nous avons pu d'une part dépister plusieurs cas de syphilis évolutive chez des femmes enceintes et d'autre part mettre en traitement les femmes qui avaient eu des accouchements prématurés ou des fausses couches répétées.

6° Le nombre des malades reconnus atteints de syphilis acquise a sensiblement augmenté en 1945, mais est relativement peu élevé. La syphilis des départements ruraux est, ainsi que nous l'avons constaté non seulement dans le Lot mais aussi dans le Jura où l'un de nous avait, pendant la guerre, été chargé de l'inspection et du contrôle des services antivénériens, une syphilis d'importation.

7° Par contre, le nombre des hérédo-syphilitiques, la plupart très améliorés par un traitement régulièrement suivi et effectué et surveillé par les assistantes sociales, est assez élevé. Cela tient à ce que, dans le Lot, il y a un contingent assez nombreux de pupilles de l'Assistance Publique de la Seine et de la Seine-et-Oise, qui n'avaient jamais été antérieurement examinés par un médecin spécialisé.

8° A la pouponnière de Cahors, il y a un pourcentage important (20 o/o) d'hérédo-syphilitiques, la plupart transformés par le traitement.

9° Il nous est adressé, aux dispensaires, un certain nombre de sujets atteints d'affections cutanées. Nous avons pu diagnostiquer ainsi plusieurs cas d'épithéliomas cutanés et un cas de lèpre, qui a d'ailleurs été transféré à l'Hôpital St-Louis.

Présence de tréponèmes et de granules spirochétogènes dans les ganglions inguinaux suppurés, par MM. Georges Lévy, et R. Mollinedo.

Il semble qu'il soit exceptionnel de trouver des tréponèmes dans des ganglions suppurés. L'un de nous en a pourtant rapporté un cas à la Société avec M. Sézary.

Nous vous communiquons aujourd'hui les deux observations suivantes :

Observation I. — C... H. se présente à nous le 5 juin 1946, porteur d'une ex-ulcération indurée du fourreau datant de 10 jours, et accompagnée d'une adénopathie inguinale droite faite de plusieurs ganglions douloureux, avec périadénite. Pas de ganglions iliaques perceptibles.

L'examen ultramicroscopique du chancre pratiqué à 3 reprises donne un résultat négatif.

L'intradermo-réaction au Dmelcos est négative.

L'intradermo-réaction de Frei est positive 16 jours après l'apparition du chancre.

Le 11 juin 1946, ponction du ganglion. Présence de pus et de granules spirochétogènes. Pas de tréponèmes.

Réactions sérologiques négatives.

Le 16 juin 1946, réactions sérologiques négatives.

Le 21 juin 1946, dans le pus du bubon non ouvert, on trouve de nombreux tréponèmes.

Les réactions sérologiques sont positives.

Obs. II. — B... L. est examiné le 21 septembre 1946 porteur d'une lésion ulcéreuse du fourreau, douloureuse, légèrement indurée, datant de 20 jours s'accompagnant d'une adénopathie inguinale gauche de type syphiloïde mais légèrement douloureuse.

L'examen ultramicroscopique du chancre négatif.

Réactions sérologiques négatives.

Recherche du bacille de Ducrey positive.

Intradermo-réaction au Dmelcos positive.

Ponction du ganglion : présence de pus en petite quantité, dans lequel on trouve, à l'ultramicroscopique, de nombreux tréponèmes.

Commentaires :

L'intérêt de ces deux observations se rapportant à deux chancres mixtes, l'un lymphogranulomato-syphilitique, l'autre chancrello-syphilitique, réside donc dans ces deux faits :

1° Qu'on a trouvé dans des ganglions suppurés, des tréponèmes et des granules spirochétogènes.

2° Que les tréponèmes y sont nombreux alors que dans les ganglions syphilitiques purs, on les trouve en général assez difficilement, qu'il n'y en a jamais plus d'un par champ, alors que chez nos malades, on en trouvait facilement 4 ou 5 par champ.

Réflexions sur le traitement strictement bismuthique de la syphilis, par M. Fernand Cohen (Oran), (présenté par M. Flandin).

J'ai été très intéressé à la lecture de la communication de MM. Coste, Boyer et Nehlil, Enquête sur les malades traités par le bismuth seul à la policlinique Fournier (*Bulletin de la Société de Derm.*, n° 9, septembre 1946, p. 524).

Personnellement, je collectais au même moment parmi mes observations de cabinet aussi bien que de mon service municipal de prophylaxie antivénérienne, toutes celles ayant trait aux traitements antisyphilitiques strictement bismuthiques.

C'est ainsi que j'ai pu isoler une centaine d'observations de spécifiques primaires ou secondaires n'ayant reçu durant deux ou trois ans uniquement que du bismuth. Les préparations employées étaient le muthanol, le bivatol ou le quinby insoluble. Les injections étaient faites en séries de 12 ou de 15, pratiquées classiquement 2 fois par semaine durant 2 ans pour les primaires à sérologie négative, durant 3 ans pour les secondaires. Il est certain que ces observations ne concernent que des malades régulièrement traités et surveillés. Mes conclusions sont nettes :

tous les primaires ont conservé une sérologie négative aux contrôles périodiquement effectués. Quant aux secondaires, la sérologie, à maintes fois, était négativée dès la première série, parfois seulement après la deuxième ou au plus tard après la troisième série et maintenue négative depuis ce temps. A ces observations ne concernant que des primaires et des secondaires, je veux joindre celle d'une très ancienne spécifique traitée dès 1918 en période éruptive secondaire par arsénobenzènes et mercuriaux en séries nombreuses et fréquentes et qui se présentait à moi en 1932 avec un Argyl-Robertson et une sérologie immuablement positive. Traitée dès ce moment durant 3 ans par 5 séries annuelles de muthanol, sa sérologie fut enfin négativée. Les contrôles effectués depuis régulièrement chaque année sont toujours négatifs, cependant l'argyl persiste.

Si je me suis particulièrement attaché aux traitements strictement bismuthiques, c'est que dès 1932 j'avais été éprouvé par une longue série d'arséno-résistances et d'arséno-récidives (1) et je fus naturellement conduit à utiliser le traitement bismuthique et à bénéficier de son efficacité.

Les autres antisyphilitiques donnent-ils des résultats aussi satisfaisants ? Pas un syphiligraphe, je crois, n'oserait les utiliser seuls, malgré les nouveaux produits apportés par ces dernières années : les arsénoxydes semblent devoir être appuyés et consolidés par le bismuth. La pénicilline elle-même qui nous avait apporté l'espoir d'une stérilisation rapide et totale, a entraîné bien des résistances et bien des récidives.

En conclusion la médication strictement bismuthique reste pour moi la thérapeutique antisyphilitique la plus fidèle, la plus simple et la moins dangereuse.

ÉLECTIONS

Sont élus :

Membre titulaire : M. J. J. Meyer.
Membre adjoint : M. J. Rudloff.

Le secrétaire de séance :
Georges Garnier.

(1) F. Cohen. Conséquences de l'arsénorésistance sur la thérapeutique actuelle des syphilis primaires et secondaires. *Bull. Société fr. de Derm.*, n° 2, 1934 ; Séance Lyon du 21 décembre 1933.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

SÉANCE DU 13 FÉVRIER 1947

Présidence de M. Ch. Flandin.

SOMMAIRE

Communications.

LIVRES OFFERTS A LA SOCIÉTÉ

Émile Bertin et Claude Huriez. — *Les Sulfamides en dermatologie.* Masson.

Cl. Huriez, R. Dumont, G. Patoir et J. Leborgne. — *Les Gonococcies sulfamido-résistantes.* Masson.

Cl. Huriez, R. Dumont et M. Desurmont. — Le rhumatisme gonococcique depuis les antibiotiques. *Revue du Rhumatisme*, n° 6, juin 1946. Expansion scientifique française.

J. Saudo. — *Contribution à l'étude de la novocaïne en dermatologie.* Lille, 1945.

L. Dassonville. — *La Pénicilline en dermatologie.* Lille, 1946.

M. Desurmont. — *Pénicilline et Gonococcies.* Lille, 1946.

L. Tronquoy. — *Phénomènes d'exacerbations au cours de la sulfamidothérapie de certaines dermatoses.* Lille, 1945.

R. Dusausoy. — *Contribution à l'étude des érythrodermies* (dactylographie).

A. Briche. — *Foie et Sulfamides.* Lille, 1946.

H. Deleval. — *Reins et Sulfamides.* Lille, 1946.

R. Masson. — *La part du toxique et de l'infection dans l'agranulocytose* (dactylographie).

J. Cottet, P. Harvier, Cl. Huriez, H. Lemierre, Ch. Lenormant, C. Levaditi et F. Nitti. — *Sulfamidothérapie.* Masson, 1944.

Cl. Huriez. — *Le mécanisme de l'action biologique des Sulfamides*, Lille, 1942.
Cl. Huriez. — *La Pénicilline*, Lille, 1945.
P. Liard. — *La Sulfodiazine en thérapeutique*, Lille, 1946 (dactylographie).
Y. Biserte. — *Nouveau procédé de dosage du Bismuth*. Lille, 1944.
A. Guidoux. — *Rôle du tissu réticulo-endothélial dans le mode d'action en chimiothérapie*. Lille, 1944.

NÉCROLOGIE

M. le Président :

Mes chers Collègues,

A mesure que les relations se rétablissent avec les pays étrangers, nous apprenons que, pendant notre long isolement, la mort a fait son œuvre ailleurs comme ici.

Dernièrement, je vous faisais part de la disparition d'une série de nos amis Brésiliens.

Aujourd'hui, j'ai la tristesse de vous annoncer la mort du Professeur Axel Cedercreutz, d'Helsingford, en Finlande, décédé le 2 décembre 1946 des suites d'une attaque survenue en juillet. Il avait longtemps travaillé au laboratoire de Sabouraud dont il était l'ami et fait avec lui d'intéressantes recherches bactériologiques sur les affections de la peau et du cuir chevelu.

Nous adressons à Mme Cedercreutz et à nos amis Finlandais nos sympathiques condoléances.

*
* *

C'est toute une liste de décès concernant nos membres d'honneur ou membres correspondants italiens que j'ai la tristesse de vous communiquer. Des illustrations comme nos membres d'honneur : Ducrey, de Rome; Pasini, de Milan, sont présents à vos mémoires. Il serait impertinent de rappeler leurs travaux que chacun connaît, ainsi que ceux de nos membres correspondants, les Professeurs Bosellini, de Rome; Fiocco, de Venise; Freund, de Trieste; Verrotti, de Naples; les Docteurs Lombardo, de Pise; Maninno, de Palerme. Nos collègues ont honoré l'humanité.

Quels que soient les jeux de la politique et de la guerre, l'Italie restera pour nous le paradis où Stendhal a passé ses plus belles journées et écrit ses plus émouvantes confidences, le paradis où nous aspirons tous à aller retrouver la finesse et le charme des esprits littéraires, artistes, savants qui nous séduisent et savent nous donner toutes les illusions.

Yves-Louis Wickham
(7 mars 1893 - 7 février 1947)

Lorsque les journaux nous apprirent que le Ministre de la Santé avait porté la Croix d'Officier de la Légion d'Honneur à notre collègue Yves-Louis Wickham, nous comprîmes qu'il était perdu. En effet, peu de jours après nous apprenions sa mort.

C'est un nom de plus à ajouter à la liste trop longue des victimes des radiations nouvelles. On dira que Wickham était insouciant, imprudent, se promenait avec ses tubes de radium dans sa poche sans prendre aucune précaution. Il n'en est pas moins vrai qu'il a subi insidieusement l'action inéluctable des radiations, que son sang s'est altéré dans la série rouge comme dans la série blanche, qu'il s'est vu

mourir petit à petit dans ce syndrome qu'il connaissait. Il a souffert physiquement, l'a caché moralement. C'était un médecin et c'était un homme.

Yves-Louis Wickham avait de qui tenir.

Il était le fils de Louis Wickham, notre ami, qui illustra notre Société. Avec Desgrez, Louis Wickham fut un des premiers à étudier les applications du radium au traitement des néoformations cutanées.

Son fils, externe en 1914, réformé, s'engagea, fit toute la guerre, obtint la Croix de guerre.

Au retour de ses campagnes, il était trop tard pour reprendre la préparation du Concours de l'Internat des Hôpitaux. Yves-Louis Wickham devint l'interne de Clément-Simon à Saint-Lazare et publia avec lui d'intéressantes observations. Puis, il devint Interne à Paul-Brousse. La spécialisation paternelle l'attirait. Il se consacra comme lui à l'étude des effets thérapeutiques du radium et devint Assistant à l'Institut du Cancer dès 1925, au service de Curiethérapie de Mme Laborde. Il travaillait également avec Zimmern au Dispensaire de la Ville de Paris.

En 1927, il passa une thèse remarquable sur *les Réactions histologiques des tissus à la suite des applications du radium*.

Vous vous rappelez tous, sans que j'aie à vous en donner une énumération fastidieuse, ses communications nombreuses, élégantes et discrètes sur le traitement des tumeurs de la peau, des nævi-carcinomes, des nævi et même des dermatoses banales relevant presque des thérapeutiques esthétiques.

Ses travaux en collaboration avec l'Institut du cancer sur la curiethérapie des cancers de la langue et des cancers de l'utérus sont classiques. Ce n'est pas le nombre, mais la qualité des publications qui en font le prix.

Ce grand garçon mince, châtain, au teint clair, de type anglais comme son nom, bien qu'il appartînt à une famille d'origine helvétique, avait la distinction, le charme et la timidité d'un sujet de haute lignée. C'était un courageux.

Après avoir fait la guerre de 1914-1918, il fut mobilisé en 1939 comme médecin-capitaine. En 1941, il a créé à l'Hôpital civil de Versailles, un service de traitement du Cancer qu'il n'a pas cessé de diriger. En 1943, sous l'inspiration du Recteur Roussy, il s'incrivit à la Résistance de l'Ile-de-France pour les services médicaux.

Nous voyions Wickham de moins en moins. Depuis deux ans, quand il venait ici, nous étions frappés par son amaigrissement, sa pâleur, son essoufflement. Il semblait qu'il avait perdu la force de sourire. Sournoisement l'anémie aplastique précédant la leucémie terminale faisait son œuvre.

Modeste, homme de bien, Yves-Louis Wickham a fait son devoir, est mort de son devoir. Est-il à plaindre ?....

Saluons sa mémoire.

A propos de la réunion de la Société belge de Dermatologie et de Syphiligraphie du 9 février 1947, par M. A. Desaux.

J'ai assisté le 9 février dernier à la réunion de la Société belge de Dermatologie et de Syphiligraphie dont je vous apporte aujourd'hui les amitiés.

A une présentation de malades fit suite la discussion des communications suivantes :

Thulliez et Amerlinck. A propos des ictères survenant au cours du traitement antisyphilitique.

Thulliez. Chancre perforant du prépuce totalement résistant au bismuth.

Dupont, Botton et Massart. Syphilis oculaire précoce.

De Weert. Eczématides de type anormal. A propos du traitement du sycosis.

Lapière, Blocquiaux et Duesberg. Le cardiazol dans le traitement de l'eczéma.

Cogniaux et Van Der Meiren. Traitement des cancers développés sur lupus : 30 cas.

Alechinsky. Érythème actinique et vitamine PP.

Moriamé. Premiers résultats du traitement de la teigne par la pénicilline.

Desaux. Rôle du proteus vulgaris en Dermatologie.

PRÉSENTATIONS DE MALADES

Le problème de petites ou de grosses bulles pemphigoïdes au cours des dermatoses : eczéma, par MM. H. Gougerot, B. Duperrat et Vissian.

Ce malade repose le problème que l'un de nous a déjà soulevé devant la Société, autrefois, avec René Cohen et Olga Eliascheff en 1930, avec Frumusan en 1936 (1), et récemment avec Sclafer, le 8 mars 1945 (2) : grosses bulles peu nombreuses ou unique sur eczéma, identiques à celles du pemphigus ou dermatite polymorphe douloureuse de Brocq-Dühring par leurs contours curvilignes, leurs formes hémisphériques. Cliniquement, on ne peut donc pas conclure; évolutivement, parfois on découvre plusieurs mois, ou plusieurs années après, une dermatite polymorphe douloureuse typique (3); histologiquement, peut-on avoir une décision ? c'est ce que nous avons cherché chez ce dernier malade, n° 148.070. En tout cas, c'est toujours la même bénignité actuelle.

Le n° 148.070, né en 1900, ébarbeur métallurgiste, a un eczéma suintant ayant commencé à Noël 1943, généralisé, puis localisé aux membres inférieurs, et s'éternisant, récidivant et se généralisant fin décembre 1946.

A son entrée à l'hôpital Saint-Louis, fin décembre 1946, le malade a un eczéma aigu vésiculeux suintant étendu à la face, à l'abdomen et aux membres qui, sous l'influence du traitement local (bains de permanganate de potassium, éosine, baume de Baissade dilué) régresse progressivement.

Mais le 3 janvier 1947, après un prurit intense, sans raison connue, brusquement, apparaissent sur le dos du pied gauche six bulles arrondies, très légèrement ovalaires, de 15 millimètres de diamètre en moyenne, disposées en couronne. Il faut souligner que ces bulles sont isolées (non confluentes) à bords nets curvilignes, « tracés au compas » (et non émiettée, irrégulières, par confluence de vésicules d'eczéma) ; elles contiennent un liquide clair, citrin. Rapidement affaissées dès le lendemain 4 janvier, ces bulles se sont desséchées en trois jours, sans laisser de cicatrices.

Le même 4 janvier, au pied droit, survient une poussée de quatre bulles analogues mais plus petites, de 12 millimètres de diamètre en moyenne, également précédée d'un prurit intense, au-dessous et en arrière de la malléole externe. Les bulles ont aussi évolué en trois jours.

Numération globulaire sanguine : H. 3.850.000 ; L. 7.500 ; P. N. 52 ; P. E. 9 ; P. B. 0 ; G. M. 4 ; M. M. 27 ; Lymph. 8.

Histologie. — La bulle biopsiée siège dans l'intérieur de l'épiderme; ses contours sont nets, non déchiquetés; elle envoie des expansions diverticulaires entre les différentes strates de la couche de parakératose, son contenu est tantôt séreux, tantôt hématique.

Un tel aspect élimine le pemphigus, ne ressemble pas à l'eczéma dans sa forme habituelle et se rapprocherait plutôt de la dermatite polymorphe douloureuse de Brocq-Dühring.

(1) Pemphigus au cours d'un eczéma (avec Mlle Eliascheff et René Cohen). *Arch. d. s. Clin. Hôp. St-Louis*, juin 1930, n° 6, p. 327. Pemphigus sur eczéma : localisation exclusive aux secteurs eczémateux, *bénignité extraordinaire* (avec Frumusan). *Soc. Dermat.*, janvier 1936, n° 1, p. 74 ; *Arch. d. s. Clin. Hôp. St-Louis*, septembre 1936, n° 31, p. 355.

(2) Malade n° 141.343, p. 80.

(3) Forme minima de la dermatite douloureuse de Brocq-Dühring, forme muqueuse et cutanée uni- ou bi-bulleuse. *Soc. Dermat.*, 13 avril 1930, n° 8, p. 1166 et *Arch. d. s. Clin. Hôp. St-Louis*, juin 1931, n° 10, p. 324.

Nouveau cas de « granulome annulaire » atypique géant, par MM. H. Gougerot, B. Duperrat et Mansour.

Cette fillette de 9 ans, née le 14 septembre 1937, n° 149.090, est un nouvel exemple de ces granulomes annulaires très atypiques, dont nous avons montré ici un cas remarquable chez un adulte (1).

Les lésions, lors du premier examen, le 16 décembre 1946, datent : de 4 ans à la face postérieure de la cuisse droite ; d'un an à la face externe de la cheville gauche ; de quelques semaines à la face postérieure du bras droit.

La lésion de la face postérieure du bras est à peine érythémateuse et sans caractère.

La lésion de la face postérieure de la cuisse est atypique : grand placard ovalaire de 110 millimètres de haut sur 60 millimètres de large, à bords nets, quelquefois limités par une sorte de bourrelet, de teinte rouge violacée, parsemé d'élevures en anneaux ou en croissants plus rosées que le reste de la plaque, qui est surtout violacée ; infiltration papuleuse légère, mais nette, ne montrant rien de spécial à la vitro-pression (ces anneaux et croissants superposés à l'infiltrat général ressemblent à des allergides).

Les lésions de la face externe du pied gauche sont des granulomes annulaires typiques et ce sont eux qui ont permis de faire le diagnostic.

L'état général est excellent, l'enfant est rose, bien en chair, 37 kilogrammes. Elle n'a jamais fait de maladie importante, et l'examen minutieux ne révèle que quelques fermentations intestinales.

La famille raconte l'histoire suivante : le début, il y a quatre ans, de la lésion de la cuisse droite serait survenu assez brusquement un jour en rentrant de garder les chèvres dans un bois. La grand'mère a cru à une piqûre. Le « bouton » d'abord petit, s'est peu à peu agrandie et a suinté pendant quelques jours (!) ; il a été impossible d'avoir d'autres détails. Mais le père qui suit l'enfant depuis 3 ans affirme que l'aspect est toujours le même, ayant grandi lentement avec des poussées successives d'augmentation et de diminution, sans cause connue.

Histologie. — Les coupes montrent, sous un épiderme légèrement squameux, des infiltrats inflammatoires dermiques en coulées périvasculaires. Ces infiltrats sont de deux types : les uns sont faits d'histiocytes et de lymphocytes; les autres de grandes cellules réticulaires qui évoluent vers l'organisation fibroblastique. Nulle part on ne voit de pré-nécrose.

Ces lésions ne permettent donc pas d'affirmer histologiquement un granulome annulaire. On peut supposer que cette absence de spécificité est due à ce que les lésions est débutante, en activité. Il sera intéressant de suivre l'évolution et de refaire une nouvelle biopsie.

Dermo-hypodermite du cou, de cause inconnue, rapidement guérie par la pénicilline, par MM. H. Gougerot, B. Duperrat et Vissian.

Ce malade a été atteint d'une affection qui, malgré toutes nos recherches, est restée indéterminée. Ce n'est ni une syphilis, ni une tuberculose, ni une mycose cultivable (sporotrichose, blastomycose, actinomycose, etc.). Ces lésions dermo-hypodermiques restent rebelles aux anciens traitements, s'exaspérant même sous l'influence de la radio. Or, il a guéri, en une quinzaine de jours, par la pénicilline (2.400.000 U.) donc par une dose moyenne ; c'est le fait important à retenir pour un cas semblable ultérieur, et c'est pourquoi nous croyons utile de le publier.

Le n° 148.132, né en 1913, monteur en chauffage, sans antécédents personnels et familiaux, a vu ses lésions du cou commencer en avant et à droite, au début de septembre 1946, à la campagne dans le Loir-et-Cher, par une tuméfaction rouge,

(1) Granulome annulaire géant atypique ? Cas pour diagnostic (avec Duperrat et Mansour). *Soc. Dermat.*, 8 novembre 1945, n° 11-12, p. 287, n° 145.532.

— Granulome annulaire ponctué et en gouttes sur base érythémato-œdémateuse (avec B. Duperrat et Mansour). *Soc. Dermat.*, 13 juin 1946, n° 9, p. 485.

— Acquisitions nouvelles sur le granulome annulaire, formes cliniques et pathogénie. *Revue médicale française*, octobre 1946, n° 10, p. 175.

infiltrée et dure, petite comme une noix, qui, en une quinzaine de jours, s'est étalée, sans fièvre, sans symptômes généraux.

De retour à Paris, au début d'octobre 1946, le service de stomatologie de l'Hôpital Cochin ne trouve aucune raison dentaire. La tuméfaction demeure stationnaire, sans suppurer durant le mois d'octobre.

Les 4 et 6 novembre, sont appliquées deux séances de radiothérapie de 150 r. Aussitôt après la deuxième séance, les tuméfactions s'aggravent, augmentent de volume, s'infiltrent, s'ulcèrent et laissent écouler un liquide séro-purulent.

Le 18 novembre 1946, le malade entre à la Clinique de l'hôpital Saint-Louis : la face latérale droite du cou est tuméfiée, rouge, infiltrée (non ligneuse), sur 100 millimètres × 60 millimètres. Cette masse est formée de sept bourrelets simples ou ramifiés, horizontaux, gros, saillants, de 100 millimètres de long sur 10 à 12 millimètres de large. Çà et là, de petits orifices de 2 à 5 millimètres de diamètre, s'écoule une sérosité purulente, sans grains. Cette lésion entraîne une sensation de tension avec cuisson et est douloureuse au palper, mais elle ne s'accompagne pas de température, pas d'adénite, pas de lésions viscérales.

Les B.-W. et K. sont négatifs.

Une radiographie pulmonaire ne montre aucune image anormale (1er décembre).

L'intradermo-réaction à la tuberculine est positive.

Le 2 décembre, la numération et la formule sanguine donnent les chiffres suivants : H. 3.950.000 ; Leuc. 9.500 ; P. N. 45 ; P. E. 9 ; P. B. 0 ; G. M. 5 ; M. M. 34 ; Lymph. 7.

Plusieurs prélèvements de pus, examens sur lames et cultures, ne montrent que des germes banaux, pas de champignons.

Les 3, 6, 10 et 12 décembre, on refait un traitement radiothérapeutique : 4 séances de 136 r. Au cours de ce traitement, la zone infiltrée à la base des bourgeons devient plus étendue, plus rouge et plus dure, l'écoulement séro-purulent augmente sensiblement.

On arrête donc la radiothérapie et on tente l'iodure de potassium quotidien buccal, 2 grammes, puis 2 gr. 50, 3 grammes, 3 gr. 50, 4 grammes pendant 24 jours, qui est bien supporté mais ne donne pas d'amélioration notable. De nouveaux prélèvements de pus restent négatifs.

Le 18 décembre, le traitement de Charpy est commencé et restera inefficace.

Une première biopsie avait été pratiquée le 29 novembre, par B. Duperrat : elle ne révélait que des lésions de « pyodermite ».

Le 4 janvier 1947, une large biopsie chirurgicale montre, à l'examen histologique « un tissu de granulation avec fibrose (non spécifique) » (B. Duperrat).

Les coupes de la pièce opératoire montrent un tissu de granulation farci de micro-abcès, de plages de gros plasmocytes, et de nappes lymphocytaires. Il n'existe pas de parasites végétaux visibles. Cet état suppuratif évolue en de nombreux points vers une organisation fibreuse.

Des fragments biopsiques prélevés aseptiquement dans une boîte de Patri, sont ensemencés sur gélose, sur milieu de Sabouraud et sur milieu de Löwenstein. Mais on ne trouve encore que des germes banaux (staphylo.).

L'inoculation au cobaye pratiquée le 7 janvier 1947 avec un broyat de l'ablation chirurgicale laisse le cobaye indemne avec deux réactions à la tuberculine négatives, le 25 janvier et le 3 février.

Le 9 janvier, on commence un traitement général à la pénicilline, 320.000 U. par jour, pour atteindre la dose totale de 2.400.000 U. L'amélioration est immédiate et rapidement progressive. Le 17 janvier, il est presque guéri ; revu le 13 février, la guérison est totale sauf à la partie inférieure où persiste un nodule dermique infiltré qui nous forcera sans doute à refaire de la pénicilline.

Association de parapsoriasis lichénoïde et de parapsoriasis en papules de diagnostic discutable : « aspect guttata » ? ou papules de parapsoriasis lichénoïde débutant ? Blanchiment par l'or, par

MM. H. Gougerot, B. Duperrat et Jean-Jacques Meyer.

Cette observation est intéressante à un triple point de vue :

— *cliniquement*, elle associe : 49 plaques de parapsoriasis en plaques et réticulées, lichénoïdes avec télangiectasies veineuses et douze papules que les uns diront être du parapsoriasis « guttata »; que les autres, avec Civatte, affirmeront être des papules de parapsoriasis lichénoïde débutant malgré leur apparence « guttata »;

— *histologiquement*, le parapsoriasis en plaques, lichénoïde, est ici en régression scléreuse sans lésions caractéristiques; au contraire, les papules de parapsoriasis « d'aspect guttata » sont en activité : les uns, ne les distinguent pas du parapsoriasis guttata authentique; les autres, avec Civatte, rejettent le diagnostic microscopique de parapsoriasis guttata sur les arguments détaillés ci-dessous et en font, histologiquement, des papules de parapsoriasis lichénoïde débutant;

— *thérapeutiquement*, l'amélioration incontestable par l'or intraveineux (crisalbine) 0,05 à 0,20, deux fois par semaine jusqu'à totaliser 4 gr. 95, comme dans nos observations antérieures (1).

Cette observation et d'autres que nous aurons l'occasion de vous remontrer reposent le problème des rapports des différents parapsoriasis entre eux, si bien étudiés et classés par Civatte (*Nouvelle pratique dermatologique*, t. 7, pp. 721 et 723).

Doit-on maintenir la séparation clinique et histologique entre les deux séries : « parapsoriasis en gouttes doublé ou non de la parakeratosis variegata d'une part et le parapsoriasis en plaques d'autre part étroitement apparenté au parapsoriasis lichénoïde, lui-même distinct maintenant de la parakeratosis variegata » (Civatte, p. 723). C'est ce que croit Civatte chez notre malade, car il affirme que les papules « d'aspect guttata » ne sont pas du véritable parapsoriasis guttata et n'en ont que la ressemblance clinique. Ce sont, d'après lui, les papules débutantes de parapsoriasis lichénoïde. Donc, chez notre malade, c'est la même variété de parapsoriasis lichénoïde à deux stades différents : début sous forme de papules; période d'état de régression sous forme de placards. Il faut alors retenir que l'aspect « guttata » peut être un début de parapsoriasis lichénoïde et n'est pas caractéristique de la variété spéciale de parapsoriasis guttata.

Au contraire, d'autres ne distinguent pas cliniquement et histologiquement ces papules du parapsoriasis guttata; ils croyaient que de tels malades réunissent les deux parapsoriasis différents, réagissant d'ailleurs de la même façon à la même thérapeutique; ils ne maintiennent plus la distinction de Civatte entre les deux séries de parapsoriasis et en font des aspects divers d'une même dermatose.

On voit donc tout l'intérêt du problème et de tels malades.

La malade n° 147.016, concierge, âgée de 40 ans a vu ses lésions apparaître en avril 1940, peu après la cessation d'un allaitement, sur les deux seins, autour du mammelon et dans le dos, sous forme d'un large placard à cheval sur le rachis.

Les mois suivants, d'autres plaques du même type s'installent lentement et progressivement sur la partie supérieure du thorax, le dos, l'abdomen, les fesses, les quatre membres. A la fin de l'été 1941, donc en un an environ, l'éruption a pris son allure et son extension définitive ; tout au plus, la malade voit-elle apparaître depuis l'été 1945, deux nouveaux éléments : l'un latéro-thoracique, l'autre épigastrique.

En juin 1942, à Baudelocque, deux examens sérologiques sont négatifs et deux séries de sulfarsénobenzol restent inefficaces.

En juin 1946, on distingue deux sortes de lésions :

1° *Placards de parapsoriasis lichénoïde*. — On compte 49 placards disséminés sur tout le corps et l'on est frappé par l'aspect uniforme de la dermatose, malgré quelques particularités, notamment des deux éléments les plus récents, thoracique et épigastrique, et sur les éléments les plus anciens autour des mammelons. En effet, ces placards inégaux de 7 × 10 millimètres à 80 × 100 millimètres (pour le plus grand d'entre eux à siège médio-thoracique postérieur), plus ou moins arrondis ou ovalaires à grand axe vertical, ou polygonaux à angles émoussés, à bords bien limités

(1) Parapsoriasis en plaques (Xantho-erythrodermia perstans) guéri par l'or (avec Paul Blum, Histologie par Mlle Olga Eliascheff). *Soc. de Dermat.*, n° 8, novembre 1937, p. 1809 et *Arch. d. s. de la Clinique de l'Hôp. St-Louis*, mars 1938, n° 37, p. 114 (1 figure).

— Parapsoriasis guttata presque guéri par l'or et récidive après interruption du traitement (avec Carteaud). *Soc. de Dermat.*, 23 avril 1931, n° 4, p. 606.

— Nouveau cas de parapsoriasis guttata guéri par l'or (avec Burnier). *Soc. de Dermat.*, n° 8, novembre 1934, p. 1655.

— Nouveau cas de parapsoriasis en gouttes guéri par l'or (avec Paul Blum). *Archives d. s. de la Clinique de l'Hôp. St-Louis*, mars 1938, n° 37, p. 111.

tranchant nettement et brusquement sur la peau saine, sont constitués par un mélange de pigmentation réticulée, de télangiectasies, d'atrophie en proportion variant suivant les placards, avec parfois des squames fines et petites, difficiles à dissocier par la curette de Brocq. La pigmentation en est l'élément dominant et même le seul pour certains placards : pigmentation en réseau dessinant un réticulum de 0,05 à 1 millimètre de large, délimitant de fines mailles de 2 à 8 millimètres de diamètre. Sur plusieurs placards, ce réticulum pigmentaire est doublé d'un fin réseau de télangiectasies de 0,05 à 1 millimètre, de coloration rouge foncé, vineuse, notamment sur l'abdomen, les fesses, les cuisses et surtout autour des mammelons. Dans les mailles du réticulum, l'élément atrophique est surtout marqué sur les placards du thorax.

Quelques variations régionales sont à noter, par exemple :

— sur les placards anciens à la face interne des bras et des cuisses, le réseau pigmentaire est plus large, les mailles atteignant de 3 à 10 millimètres, sans atrophie et sans télangiectasies ;

— sur les placards les plus anciens, autour des mammelons, les lésions sont particulièrement intenses s'installant sur un diamètre de 60 à 120 millimètres ; le réseau pigmentaire est brun foncé et dessine des mailles polygonales parfaites de 3 à 8 millimètres de diamètre, de plus en plus larges et s'estompant de plus en plus à mesure qu'on s'éloigne du mammelon ; le réseau pigmentaire est exactement doublé par un réseau de capillaires veineux rouge vineux, saillants au palper ; l'épiderme, par places, est finement squameux ;

— des deux placards les plus récents, l'un, le placard épigastrique arrondi de 24 × 28 millimètres, a l'aspect des autres placards pigmentés et télangiectasiques, mais il est entouré d'une auréole rosée de 2 à 3 millimètres de largeur ; l'autre, placard latéro-thoracique droit situé à mi-distance de l'aisselle et de la taille ovalaire de 15 × 19 millimètres, rouge violacé, finement squameux est légèrement infiltré (1re biopsie).

2° *Papules de parapsoriasis « d'aspect guttata »*. — Ces lésions sont différentes des placards de la première série : douze petites papules sont disséminées : neuf sur la face antérieure de l'épaule gauche et la face externe du tiers supérieur du bras gauche, de 2 à 4 millimètres de diamètre, tantôt rosées, tantôt de coloration de la peau normale, finement squameuses, peu visibles, peu ou pas infiltrées (2e biopsie). Trois des douze papules sont situées sur la face antéro-latérale gauche de la base du cou, rosées et non squameuses.

En résumé, on a donc cliniquement l'association, sur la même malade, de placards de parapsoriasis en plaques lichénoïdes réticulé et de parapsoriasis guttata.

L'*étiologie* reste comme d'habitude, inconnue : B.-W. et K. normaux ; intradermo-réaction à la tuberculine moyenne donnant une papule infiltrée de 12 × 18 millimètres.

HISTOLOGIE. — 1° *Parapsoriasis en plaque lichénoïde* (dos). — Atrophie de l'épiderme revêtu d'une mince couche orthokératosique ; la basale est rectiligne. On ne voit ni exosérose, ni exocytose.

Évolution fibreuse du derme avec atrophie des phanères.

Quelques reliquats d'infiltrats inflammatoires péri-capillaires. Civatte, qui a bien voulu regarder nos coupes, confirme le diagnostic de parapsoriasis lichénoïde.

2° *Parapsoriasis « d'aspect guttata »* (bras). — L'épiderme est recouvert de squames orthokératosiques ; il est le siège d'une exocytose lymphocytaire très discrète avec œdème de la basale qui est par places remplacée par l'infiltrat inflammatoire.

Infiltrat lymphocytaire compact du derme papillaire avec dilatation capillaire et migration du pigment. Limite inférieure nette de l'infiltrat.

En conclusion, la lésion du dos est un parapsoriasis lichénoïde en évolution scléreuse atrophique sans caractères particuliers ; la lésion du bras « d'aspect du parapsoriasis guttata » est en pleine activité. Civatte appuie le diagnostic histologique de parapsoriasis lichénoïde papuleux débutant et rejette le diagnostic de parapsoriasis guttata, sur les arguments suivants :

— étalement de l'infiltrat ;

— présence de nombreux vaisseaux dans cet infiltrat ;

— dilacération de fibres élastiques du corps papillaire ;

— altération des couches profondes du corps muqueux qui sont remplacées par l'infiltrat inflammatoire.

Epithélioma de Bowen à éléments multiples, par MM. Touraine et Balter.

Femme de 69 ans. Mère morte d'un cancer du foie ; une sœur morte à 55 ans d'un cancer du sein, une autre sœur morte à 59 ans d'embolie pulmonaire. Aucun passé notable, sauf une grippe grave en 1918 ; mal réglée, ménopause à 50 ans.

Le premier des éléments actuels est apparu, il y a 10 ans, sur la région trochantérienne gauche ; d'abord du volume d'une lentille, elle a atteint en 1945 les dimensions d'une pièce de 5 francs et est dès lors stationnaire. Depuis 18 mois, d'autres éléments identiques se sont successivement formés sur le flanc gauche, le dos, les lombes, le flanc droit, les aisselles, la fesse droite ; on en compte 30 aujourd'hui, dont la taille varie d'une lentille à une pièce de 1 franc et s'étend lentement. Aucun trouble subjectif, sauf une légère sensibilité à la pression sur les deux éléments les plus anciens.

Le premier de ces éléments est arrondi, érythémato-squameux, à bords croûtelleux, un peu infiltrés, à surface nettement atrophique (peau amincie et plissée superficiellement). Sur les éléments plus jeunes, la desquamation est plus forte, la teinte plus pâle, l'atrophie moins marquée. Sur les plus récents, l'aspect est plus papuleux. Pas d'adénopathies ; bon état général ; pas de lésions viscérales ; sérologie négative.

Biopsie de l'élément le plus ancien : épithélioma baso-cellulaire avec, dans ses couches superficielles, de nombreux amas d'abondantes cellules de Bowen.

Epithéliomatose et sébocystomatose sur corps étrangers datant de 29 ans, par MM. Touraine et Foucquier.

En juillet 1917, à l'âge de 26 ans, au Chemin-des-Dames, cet homme est blessé par un obus qui éclate à quelques mètres de lui. Il est criblé, principalement du côté droit, de projectiles, de terre, de débris multiples ; il a de la terre plein la bouche. Quelques éclats d'obus, les plus volumineux, sont alors retirés. Quelques mois plus tard, deux petites tumeurs, sur le côté droit du cou, sont extirpées sans examen histologique. On procède de même, et encore sans examen, pour une nouvelle tumeur sur le côté droit du front en 1921, pour une tumeur de l'épaule droite et une autre sur la face postérieure de l'hémithorax droit en 1927, pour une tumeur du front, à droite de la ligne médiane en 1935. Remobilisé en 1939 il est opéré au Val-de-Grâce pour plusieurs nouvelles tumeurs, dont l'une, sur l'épaule droite, mesure 6 × 7 centimètres ; la débâcle fait égarer l'examen histologique. En juillet 1942, on enlève trois tumeurs récentes, sur la nuque, le dos, le sillon interfessier ; cette dernière récidive *in situ* est détruite à l'électro-coagulation en novembre 1942, un laboratoire conclut à un épithélioma malpighien, sans plus de détail ; une récidive de la masse interfessière disparaît définitivement par le radium en 1943. Dès lors, de nouvelles tumeurs apparaissent sans cesse, dont certaines diminuent spontanément par moments ; quelques-unes disparaissent après avoir donné issue à un liquide huileux et, parfois, après avoir expulsé un petit élément noirâtre de la taille et de l'aspect d'un grain de poussière.

A l'heure actuelle, plusieurs secteurs des téguments, essentiellement du côté droit, sont criblés d'éléments nodulaires.

Topographie. — *Front* : un élément sur la ligne médiane, dans les cheveux ; une quinzaine se disposent en une bande oblique vers la tempe ; *pli rétro-auriculaire droit* : quelques petits nodules pisiformes ; côté droit de la *nuque* : 8 éléments ; *dos* : une quinzaine d'éléments disséminés sur la région scapulaire droite ; *poitrine* : un nodule sur la fourchette sternale, quelques-uns, petits, dans la région sous-claviculaire ; *bras droit* : 3 petites tumeurs sur la face postérieure du deltoïde et du bras.

Volume. — Très variable, depuis la taille d'une lentille à celle d'une grosse noix pour une masse de la fosse sus-épineuse droite qui a été enlevée dans le service.

Siège. — Beaucoup sont profondes, enchassées dans le derme ou même l'hypoderme, sans relief, sans altération des téguments. D'autres font un relief plus ou moins saillant, bien arrondi ; sur les plus volumineuses, la peau est rouge, adhérente, en peau d'orange.

Consistance. — La plupart sont molles, fluctuantes et leur ponction par piqûre fait sourdre un liquide huileux jaunâtre, très pauvre en éléments cellulaires. Quelques-unes sont arrondies, pleines, charnues, fermes, encore que bien limitées (région deltoïdienne, dos).

Structure. — L'examen histologique d'une tumeur liquide du dos montre un kyste sébacé typique ; celui de la masse sus-épineuse un épithélioma spino-cellulaire à nombreux globes cornés et, à la périphérie de la masse, une hyperplasie des glandes sébacées.

Autres examens. — Pas d'adénopathies. Lichen corné de l'avant-bras droit, datant de plusieurs années, actuellement en régression spontanée. A la radiographie, champ pulmonaires normaux, petites ombres calcifiées dans le hile droit. Pas de syphilis, ni de tuberculose ; sérologie négative. Séborrhée et alopécie séborrhéique.

Réticulose lymphocytaire érythémateuse pure et érythémato-papuleuse circinée, par MM. R. Degos, L. Harmel-Tourneur, B. Duperrat et E. Louveau.

Mlle B..., 11 ans, présente depuis avril 1944 des plaques érythémateuses dont l'évolution semble être fixée depuis deux ans.

Les lésions siègent sur le dos du pied, les régions malléolaires, le creux poplité, le genou, les plis inguinaux, la région deltoïdienne. Elles sont au nombre de dix. Ce sont des plaques à limites nettes, vaguement rondes ou ovalaires, mesurant de 40 millimètres à 80 millimètres dans leur plus grande dimension, à contours curvilignes ou circinés. Leur couleur varie du rose pâle au rouge livide. Leur surface est lisse, un peu luisante, non squameuse ; l'épiderme ne semble pas altéré. La plupart sont souples et apparaissent comme de simples nappes érythémateuses. Mais trois d'entre elles ont une bordure légèrement saillante formant une mince cordelette de deux à trois millimètres de largeur, ferme à la palpation. Ces plaques ne s'accompagnent d'aucun prurit (Photographies Musée Hôpital Saint-Louis, nos 2917 et 2918).

L'examen histologique montre, sous un épiderme un peu plissé et légèrement kératosique, un infiltrat dermique très important. Cet infiltrat dense est groupé autour des vaisseaux et il est constitué exclusivement de lymphocytes. Il n'existe aucune cellule épithélioïde, aucune cellule géante. L'aspect histologique est celui d'une leucémide ou d'une réticulose lymphocytaire.

Aucune autre manifestation pathologique n'est décelable à l'examen clinique. L'état général est excellent. Des petits ganglions sans caractère sont perçus aux creux inguinaux ; il n'y a pas d'autres adénopathies palpables. La rate n'est perceptible ni à la percussion, ni à la palpation. La radiographie du thorax fait apparaître une opacité hilaire gauche, mais les tomographies permettent de la rapporter à des ombres broncho-vasculaires, il n'y a pas d'adénopathies médiastinales.

La *cuti-réaction* et l'intradermo-réaction au 1/1000 à la tuberculine sont *négatives*, bien que cet enfant ait été soigné en 1942 pour un mal de Pott dorsal. Les réactions de Wassermann, Hecht et Kahn sont négatives. L'hémogramme donne des chiffres normaux de globules rouges et de globules blancs avec une formule blanche de type infantile habituel (polyneutro 58, éosino 1, baso 1, monocytes 9, grands lympho 3, lymphocytes 28 avec formes jeunes assez nombreuses). Le myélogramme est lui-même normal.

Cette observation doit s'intégrer dans le cadre des réticuloses orthoplasiques de type lymphocytaire. L'aspect cutané doit rapprocher ce cas de celui des formes érythémateuses pures et papulo-circinées de la maladie de Schaumann (réticulose orthoplasique de type épithélioïde).

Tuberculides pustuleuses atrophiantes, par MM. R. Degos, G. Garnier et Et. Louveau.

Les tuberculides groupent des lésions d'aspect variable dont il est intéressant de préciser certains types inhabituels. La malade que nous vous présentons associe à des ulcérations tuberculeuses des jambes, des tuberculides pustuleuses non infiltrées, ayant l'apparence de folliculites banales, et aboutissant à des taches atrophiques en coulées relativement grandes, et dont une des extrémités est souvent occupée par une pustulette encore en évolution. La lésion initiale est ainsi beaucoup plus superficielle qu'une tuberculide papulo-nécrotique et la lésion terminale atrophique est, par contre, beaucoup plus étendue que la cicatrice de la tuberculide papulo-nécrotique.

Mme C. M..., 41 ans, dont les antécédents sont marqués par des suppurations ganglionnaires tuberculeuses pour lesquelles elle a fait un séjour de deux ans à Berck, est atteinte de lésions de tuberculose cutanée de types divers. Sur les jambes, sont apparues successivement des nappes ulcéreuses et ulcéro-végétantes, croûteuses, entourées de plages cyanotiques, évoluant depuis sept mois par poussées extensives et douloureuses, certaines ayant abouti à des cicatrices violacées ou blanches à contour pigmenté. L'aspect est celui de tuberculose ulcéro-végétante, d'infiltrats gommeux tuberculeux extensifs (Photographie Musée Hôpital Saint-Louis, n° 28.981 et 28.982). Des cicatrices d'écrouelles dépriment les régions jugulo-carotidiennes et sous-mentales : ces lésions se réchauffent une fois par an environ depuis 1927.

Sur le tronc sont disséminés des éléments pustuleux, des éléments croûteux, et des cicatrices atrophiques. Les *pustules* sont superficielles, à type de folliculites banales, entourées d'une légère aréole rose. Aucune infiltration n'est perceptible à la base de ces pustules. Leur contenu est jaunâtre, séro-purulent, amicrobien. A côté de ces éléments, il en est d'autres formés d'une croûtelle brune ou hémorragique cernée par une collerette desquamative. Ces *croûtelles* recouvrent une érosion superficielle, et ne reposent pas sur une base indurée ; elles n'ont pas un aspect nécrotique et ne sont pas enchassées dans la peau. Les lésions cicatricielles étonnent par leur étendue beaucoup plus vaste que les lésions pustulo-croûteuses. Ce sont des petits *placards atrophiques*, allongés en bande de 25 millimètres sur 12 millimètres, à surface plissée ou parcourue par un fin réseau fibreux chéloïdien.

Quelques-unes de ces petites bandes d'atrophie cicatricielle présentent à une de ses extrémités ou aux deux extrémités un élément pustulo-croûteux (Photographies Musée Hôp. St-Louis, nos 29.26, 29.4, 29.5).

L'examen histologique montre un aspect de tuberculide à tendance fibreuse.

L'examen général montre des poumons normaux cliniquement et radiologiquement, une endocardite mitrale d'origine rhumatismale, une splénomégalie. L'hémogramme est normal. Les urines ne contiennent pas d'éléments anormaux. Les chiffres de sédimentation des hématies sont 5 après une heure, 20 après deux heures, 112 après vingt-quatre heures. La cuti-réaction est positive. La sérologie est négative.

Cette malade est soumise à des injections intraveineuses quotidiennes de 1.500 milligrammes d'acide ascorbique.

Parapsoriasis en plaques du membre inférieur, avec éléments papulo-squameux groupés de l'abdomen rappelant le parapsoriasis en gouttes. Stade papuleux initial du parapsoriasis en plaques ? par MM. R. Degos, Et. Lortat-Jacob et B. Duperrat.

Le parapsoriasis en plaques, de même que le parapsoriasis lichénoïde atrophique qui lui est très proche, semble devoir être nettement séparé du parapsoriasis en gouttes. Civatte, dont la compétence sur ce sujet est indiscutée, oppose nettement les deux affections et déclare n'avoir jamais observé leur coexistence sur le même sujet. Le malade que nous vous avons montré, ainsi que celui présenté par M. Gougerot à cette même séance, soulève ainsi un difficile problème nosologique.

Si chez notre malade atteint de parapsoriasis en plaques indiscutable, les gros éléments papulo-squameux n'étaient pas considérés comme des lésions associées de parapsoriasis en gouttes, il faudrait admettre que le parapsoriasis en plaques peut comporter des grosses papules isolées. Le groupement de ces papules et l'apparition progressive entre celles-ci d'une dermite pigmentée et squameuse pourraient faire penser que le stade papuleux est, dans ce cas tout au moins, le stade initial de la plaque de parapsoriasis.

R... P., 42 ans, est atteint depuis un an d'une dermatose érythémato-squameuse du membre inférieur droit ayant tous les caractères cliniques et histologiques d'un parapsoriasis en plaques. La lésion forme une nappe recouvrant la face interne de la cuisse, le creux poplité, le tiers supérieur de la face postérieure de la jambe. Cette nappe est rouge violacée, à limites assez nettes, figurant un vaste quadrilatère dont les angles sont légèrement arrondis. Sur cette plaque l'épiderme, un peu squameux, est quadrillé, ridé, facilement plissable, d'aspect atrophique, avec quelques petites varicosités bleutées, mais par de vraies télangiectasies. La palpation ne laisse percevoir

aucune infiltration, aucune sclérose (Photographie Musée Hôpital St-Louis, n° 28.862). Un prurit assez marqué est ressenti sur le placard de la jambe.

Par ailleurs, il existe sur l'abdomen, au-dessus du pli inguinal gauche, une trentaine de papules de 3 à 12 millimètres de diamètre, nettement saillantes, groupées dans un quadrilatère de 170 millimètres × 70 millimètres. Ces papules sont rondes ou ovalaires, hémisphériques, roses, recouvertes par un épiderme lisse ou squameux. Les squames ont l'apparence des squames-croûtes grisâtres, des parapsoriasis en gouttes, se détachant d'un bloc en « pain à cacheter » (Photographie Musée Hôpital Saint-Louis, n° 28.863). Les papules sont fermes au toucher. A notre premier examen, au début de novembre 1946, les éléments papuleux étaient nettement isolés, séparés par une peau d'apparence normale. Actuellement, trois mois plus tard, les papules sont moins saillantes, moins bien limitées, et la peau intermédiaire est un peu pigmentée, légèrement rougeâtre et finement squameuse. Un placard semble s'ébaucher aux dépens de ces papules.

Des papules isolées, lisses ou squameuses, fermes, se perçoivent autour de l'épine iliaque et sur le flanc gauche. Quelques papules sont groupées à la face antérieure de l'aisselle gauche associées à des petites macules pigmentées.

Les premiers éléments papuleux ont été constatés par le malade six mois environ après le début de la plaque de la cuisse gauche, ils seraient apparus par poussées successives. La plaque du membre inférieur ne semble pas avoir été précédée de papules.

L'état général est excellent. La sérologie est négative.

L'examen histologique du placard de la cuisse montre un épiderme légèrement épaissi dans l'ensemble, ce qui contraste avec l'apparence clinique d'atrophie. Cet épiderme est couvert de squames assez épaisses orthokératosiques avec parcelles de parakératose. Il y a dans les couches épidermiques une exocytose lymphocytaire en mouchetures sans exosérose.

Les papilles dermiques sont le siège d'un infiltrat également lymphocytaire de densité très variable suivant les points considérés. Par places, cet infiltrat érode indiscutablement la basale. En profondeur, il ne descend pas au-dessous du derme papillaire et affecte une limite linéaire.

L'examen histologique d'une papule de l'abdomen montre des lésions malheureusement incomplètes, la squame n'ayant pas été comprise dans le prélèvement. L'épiderme est souvent aminci au sommet des papilles. Il est le siège d'une exocytose lymphocytaire en petites nappes accompagnée d'un certain degré d'exosérose.

Les papilles dermiques sont œdémateuses et contiennent un assez grand nombre d'éléments histiolymphocytaires. Mais, dans l'ensemble, l'infiltrat est plus discret que dans la coupe précédente.

Forme ulcéro-végétante et en placards infiltrés d'une syphilis arséno-bismutho-mercuro résistante. Action rapide de la pénicilline,

par MM. R. Degos, E. Lortat-Jacob, Fournier et A. Sainrapt.

M... Henri, âgé de 24 ans, contracte la syphilis en août 1945.

Le traitement arsénobismuthique est institué sur l'aspect caractéristique d'un accident primitif de la verge avec adénopathie satellite, sur la découvetre des tréponèmes à l'ultra-microscope, à la phase présérologique.

La première série conseillée au Dispensaire Toussaint-Barthélemy est mixte arsénobismuthique. Le malade reçoit 3,15 de novar et 15 muthanol.

Après trois semaines de repos, le Bordet-Wassermann reste négatif, le malade reçoit une 2e série de 15 muthanol du 23 octobre au 28 décembre 1945.

Le 25 janvier 1946 les réactions sérologiques restent toujours négatives et du 25 janvier 1946 au 2 avril 1946, il reçoit 13 bivatol de double dose chaque.

Le 7 mai 1946, avant de reprendre une nouvelle série bismuthique, le Bordet-Wassermann est négatif, tandis que le Kahn est positif.

Le 14 mai, des réactions sérologiques de contrôle montrent la même dissociation : Bordet-Wasserman : H8 ; Kahn : + + +.

Le malade reçoit 10 Quinby double du 16 juillet au 3 septembre 1946.

Pendant cette série apparaissent les premiers éléments cutanés.

Le 4 septembre, les réactions sérologiques sont presque positives : Hecht 6 ; K. + + +.

C'est à ce moment que le malade consulte dans le service.

Il présente une série de lésions.

1° *Sur le prépuce*, on constate une cicatrice dépigmentée entourée d'une aréole brunâtre polycyclique qui, au dire du malade, aurait été une ulcération étiquetée herpès en juillet 1946 et qui aurait mis 6 semaines à se cicatriser pendant la dernière cure bismuthique. Mais depuis trois semaines, est apparue une ulcération superficielle arrondie de 10 millimètres de diamètre, microbien, à fond propre et suintant, limité par un rebord croûteux. Le malade ne peut plus décaloter.

2° *Sur la joue gauche* et sur la face latérale du cou existent deux placards d'aspect parakératosique, recouverts de squames-croûtes, reposant sur une base très infiltrée. La lésion de la joue est nettement limitée, assez arrondie de 40 à 50 millimètres de diamètre, tandis que celle du cou est ovalaire de 40 × 20 millimètres.

3° *Sur le mollet gauche*, on constate deux lésions érythémateuses, croûteuses, recouvrant des ulcérations creusantes indolores, infiltrées de 40 millimètres.

4° *Sur la région lombaire*, un élément echtymateux papulo-croûteux de 50 millimètres.

5° *A l'aisselle gauche*, une autre lésion papulo-ulcéreuse, végétante, rappelant l'aspect d'une pyodermite végétante.

6° *L'auriculaire droit* est le siège d'un périonyxis s'étendant à la première phalange, avec onyxis ayant entraîné la chute de l'ongle.

Le 10 octobre 1946, les réactions sérologiques sont positives : Hecht + + + ; Kahn + + +.

Un examen ultra-microscopique pratiqué sur l'ulcération de la verge est négatif.

Une biopsie de la lésion de l'aisselle conclut à une « papule du type pyodermite « végétante, mais avec de nombreux plasmocytes, des infiltrations très profondes « de type épithélioïde ; l'hypothèse de syphilis est vraisemblable » (Duperrat).

Le malade est remis au novarsénobenzol et reçoit 5 gr. 40 du 16 octobre au 16 novembre.

Après cette série, les lésions n'ont pas changé d'aspect, restent très infiltrées, et ressemblent à des lésions de parakératose psoriasiforme.

Le Bordet-Wassermann est positif total.

Le malade entre alors dans le Service, salle Alibert. Pensant être en présence d'une syphilis arséno-bismutho-résistante, le malade est mis au cyanure de mercure quotidien pendant un mois. En fin de série, tandis que les lésions de la verge sont très améliorées ainsi que celles de l'auriculaire droit, de nouveaux éléments papuleux sont apparus sur la face antérieure du poignet gauche, sur le nez, sur le front et sur le menton. Les éléments préexistants restent aussi infiltrés, papulo-squameux ; les réactions sérologiques demeurent positives.

Le 30 décembre 1946, on décide de soumettre le malade à une cure de 7 jours de pénicilline de 2.400.000 U. O. ; 40.000 U. toutes les 3 heures.

Le 6 janvier 1947, après 7 jours de cure, il n'y a plus d'éléments nouveaux. Sur la joue gauche, l'infiltrat a disparu, bien qu'en bordure, il persiste quelques papules isolées sur l'ancien placard parakératosique. Au cou, il persiste, à la partie antérieure de l'ancienne plaque, une zone infiltrée, squameuse. Partout ailleurs, les lésions ont régressé, sont cicatrisées.

Le 14 janvier, tous les infiltrats ont fondu, il ne persiste plus que des macules pigmentées au siège des anciennes lésions.

Le 28 janvier, les réactions sérologiques commencent à virer ; Bordet-Wassermann — — —, Hecht + + —, Kahn + + +.

Le malade est remis à la pénicilline pour une nouvelle cure de 7 jours 1/2.

Cette observation est intéressante pour plusieurs raisons.

Les arséno-bismutho-mercuro-résistances ne sont pas fréquentes, bien que nous ayons été frappés depuis quelques mois par le nombre croissant des syphilis résistantes aux thérapeutiques habituelles.

Les formes cutanées d'arséno-résistances décrites par MM. Gougerot et Blum n'ont pas revêtu cette forme ulcéro-végétante que nous avons observée.

Enfin, elle montre l'action rapide et spectaculaire de la pénicilline chez ce malade résistant à toutes les autres thérapeutiques.

Purpura annulaire non télangiectasique, par MM. R. Degos, Et. Lortat-Jacob et Verliac.

K..., âgé de 58 ans, consulte le 3 décembre 1946 pour une éruption de la région pubienne. Le malade présente au-dessus de la région pileuse au pubis trois éléments nummulaires de 15 millimètres de diamètre à 10 millimètres environ. Le centre de la

lésion est uniformément pigmentée, sans atrophie, sans desquamation. Cette zone pigmentée est entourée par un anneau érythémateux, non squameux, constitué par un piqueté purpurique qui ne s'efface pas à la vitropression. Il n'y a pas de télangiectasies. Ces éléments ne sont pas infiltrés. Pas de phénomène subjectif, pas de prurit.

L'examen somatique ne montre aucune anomalie. Aucun antécédent tuberculeux. Le temps de saignement est de deux minutes. Le temps de coagulation de huit minutes. La formule sanguine est normale. Polynucléaires 62 ; Lymphocytes 35 ; Moyens mononucléaires 2. Le Bordet-Wassermann négatif. Ni sucre, ni albumine.

Le 11 février 1947, l'éruption, quoique perdant les mêmes caractères dermatologiques s'est beaucoup étendue. Les éléments du pubis se sont rejoints, formant une vaste nappe suspubienne à contours polycycliques, mais la bordure festonnée reste limitée par le piqueté hémorragique purpurique. D'autres éléments nummulaires isolés sont apparus sur l'abdomen, à hauteur de la ceinture de 25 centimètres de diamètre.

Les régions trochantériennes sont symétriquement atteintes, recouvertes de plaques pigmentaires irrégulières de contour, mais dans lesquelles on retrouve également le piqueté purpurique à la vitropression. D'autres éléments descendent sur la face postérieure des cuisses. A la face interne du genou gauche, il existe une plaque de 20 millimètres de diamètre, pas encore pigmentée, mais constituée uniquement par le piqueté purpurique, de couleur brique « poivre de Cayenne ». Les jambes sont respectées. Enfin deux éléments annulaires sont apparus depuis huit jours sur la face interne.

Une biopsie pratiquée sur l'un des éléments pubiens a montré un œdème de papilles dermiques dessinés en dôme. En profondeur, on note encore de l'œdème et un infiltrat lymphocytaire éparpillé formant une bande assez continue, à peu près horizontal sous le derme moyen. Les lésions des capillaires consistent surtout en tuméfaction de l'endothélium (Duperrat).

Ce cas ne rappelle, par son aspect clinique, ni le purpura annulaire télangiectasique de Majocchi dans lequel les télangiectasies ne font jamais défaut, ni la maladie de Schamberg, qui siège électivement aux membres inférieurs, et qui ne revêt pas cet aspect nummulaire.

Syphilis gommeuse du crâne et pénicilline, par MM. F. Coste, B. Piguet et H. Boissière.

M. Ren..., 52 ans, entre dans notre Service de l'Hôpital Cochin, le 1er janvier 1947 pour une érythrodermie arsenicale. La syphilis (chancre) remonte à l'âge de 16 ans. Il n'y a eu qu'un traitement local. Le malade n'a eu depuis lors d'autres accidents morbides qu'un ulcère gastrique opéré en octobre 1945.

En juillet 1946, gomme de la région frontale droite qui cède rapidement à un traitement d'attaque arséno-bismuthique. Cette cure est suivie d'un repos de 3 semaines et, dès la 3e semaine, la gomme récidive et il en apparaît une seconde dans la région fronto-pariétale droite

Une deuxième série mixte est entreprise. A la première dose de 0 cgr. 75 de novarsénobenzol, le malade est pris de fourmillements dans les mains, d'œdème malléolaire et de prurit. Puis, se déclenche l'érythrodermie généralisée mais prédominante aux membres.

Une gomme volumineuse dessinant une saillie ovoïde de 8 centimètres de long sur 4 centimètres de large occupe la région pariétale droite et la radiographie montre un état vermoulu avec de grosses lacunes complètement décalcifiées sur toute l'écaille du frontal et le pariétal droit descendant vers l'écaille du temporal.

Il existe, par ailleurs, un tabès décelé par une aréflexie rotulienne et achilléenne, un signe d'Argyll Robertson. Le fond d'œil est normal. Bordet-Wassermann positif dans le sang. Ponction lombaire : liquide clair ; albumine : 0,37, 1 élément au millimètre cube ; Bordet-Wassermann : + ; Benjoin : 001001222200000.

Le malade reçoit en 12 jours 5 millions U. O. de pénicilline.

La gomme régresse des 4/5e.

Le 27 janvier, on commence les injections de quinio-bismuthate.

Le 6 février 1947, nouvelle ponction lombaire :

Bordet-Wassermann : +++/++.

Albumine : 0,37, 2,6 éléments au millimètre cube.

Benjoin : 00000 222 000000.

Bordet-Wassermann dans le sang négatif, mais, réaction de Meinicke subpositive, Kahn douteux.

Le 4 février, la gomme a entièrement disparu et l'on ne sent plus sur son emplace-

ment qu'une dépression allongée correspondant à une lacune osseuse de la voûte cranienne, vestige de la lésion syphilitique.

La radio montre nettement cette lacune.

En résumé, action excellente, presque spectaculaire de la pénicilline sur une ostéopériostite syphilitique gommeuse chez un tabétique à liquide céphalo-rachidien positif dont les réactions n'ont pas été modifiées 12 jours après la dernière injection de pénicilline.

M. Paul Lefèvre. — Il est bien difficile de se faire une opinion sur un seul cas, mais puisque chacun cherche à se faire une idée de l'action de la pénicilline sur les manifestations de la syphilis à ces différentes périodes, voici ce que j'ai pu observer récemment.

Qu'il s'agisse d'une syphilis particulièrement sévère ou que les irrégularités dans le traitement soient seules en cause, j'ai vu le 14 janvier, une femme de 28 ans dont la syphilis pouvait bien remonter à 2 ans 1/2 et qui se plaint de céphalées rebelles jour et nuit depuis près d'un an déjà. Tous ses réflexes sont normaux. Elle est sans traitement depuis près d'un an. Sa sérologie est fortement positive.

Un examen du liquide céphalo-rachidien pratiqué le 12 décembre 1946 donne : Albumine, 0,36 ; Cytologie : 21 éléments ; Wassermann ++ ; Benjoin positif.

On commence un traitement par la pénicilline.

Le 2 janvier 1947, alors qu'on a administré 3 millions d'Unités en 10 jours, un nouvel examen du liquide céphalo-rachidien est pratiqué. Voici le résultat : Albumine : 0,30 ; Cytologie : 26 éléments ; Wassermann : ++ ; Benjoin positif.

Cette cure de pénicilline seule n'a donc pas encore agi sur la méningite syphilitique après l'administration de 3 millions d'unités.

Lupus érythémateux disséminé à poussées subaiguës avec polynévrite et néphrite (aurique ?). Intolérance aux sulfamides, par MM. F. Coste, P. Boyer et B. Piguet.

M. D..., 54 ans, ancien syphilitique traité, à Bordet-Wassermann négatif, est atteint, depuis 1942, d'un lupus érythémateux de la face, érythème centrifuge symétrique, type vespertilio.

Au cours de cette affection qu'ont passagèrement améliorée le bismuth et la vitamine P.P., le malade a pris occasionnellement, en octobre 1945, du sulfathiazol pour une plaie traumatique et son lupus a pris, à la suite de la sulfamidothérapie, un aspect de plus en plus congestif.

Il a présenté, par ailleurs, à deux reprises, en novembre 1945 et en janvier 1946, une tuméfaction parotidienne unilatérale douloureuse et fébrile.

En avril 1946, traité pour son lupus par les sels d'or (crisalbine intraveineuse), il présente bientôt une albuminurie légère (0 gr. 50) qui fait interrompre la thérapeutique. Mais il est noté que plusieurs années auparavant il avait déjà eu de l'albuminurie.

Il entre dans notre service le 23 septembre 1946 pour une polynévrite ayant débuté trois semaines auparavant par des fourmillements, des douleurs dans les extrémités des membres, et un affaiblissement moteur.

A son entrée, on constate :

1° Un lupus érythémateux type vespertilio, occupant symétriquement la face et le cou : la lésion est constituée d'éléments érythémateux superficiels, non infiltrés, télangiectasiques, légèrement squameux et par endroits ponctués d'hyperkératose. Ils sont disséminés, séparés par d'assez grands intervalles siégeant sur le front, les joues, les régions rétro-auriculaires et les parties adjacentes du cou.

Par places, sur les joues ou le menton et surtout les régions temporales se voient des plages blanches, atrophiées, disséminées. Toute la région centro-faciale est occupée par une pigmentation intense en macules isolées sur le front ; elles se transforment en nappe homogène sous les paupières, s'étendant sur l'arrête nasale, les ailes du nez, dessinant tout le pourtour de l'orifice buccal, recouvrant le menton et s'étalant sur les faces antérieures et latérales du cou jusqu'à la nuque. Les limites de la zone pigmentée sont irrégulières, déchiquetées mais la pigmentation forme une nappe presque continue Par opposition aux zones cicatricielles, elle réalise un aspect de pseudo-vitiligo.

Au cuir chevelu quelques lésions dans la région occipitale avec alopécie en aires. En bordure de la nappe pigmentée du cou apparaissent des lésions infiltrées, elles-mêmes pigmentées qui descendent en large collier jusqu'à la région sus-claviculaire et sternale. Ce sont des papules mal délimitées, mollasses, qui évoquent l'aspect décrit par Gougerot et Burnier sous le nom de *lupus erythematodes tumidus*.

L'impression de lupus à tendance subaiguë est confirmée par l'existence de lésions disséminées sur le dos des mains et des doigts : placards congestifs secs avec un peu d'hyperkératose ponctuée sans atrophie notable de la peau. Les muqueuses ne sont pas atteintes.

2° La *polynévrite* se traduit par les symptômes fonctionnels indiqués plus haut, une nette diminution de la force d'extension des gros orteils (surtout à gauche) qui sont tombants et ne peuvent être relevés, de la force d'extension du pied (surtout à droite) et de la force de flexion des doigts ; la pression des mollets est douloureuse ; il existe une anesthésie douloureuse de la plante et du bord externe du pied droit. Abolition des deux réflexes achilléens.

3° Durant le séjour du malade dans notre Service, on notera par ailleurs une *albuminurie* intermittente allant de quelques traces jusqu'à 10 à 12 grammes par litre selon les moments avec présence de *cylindres granuleux*, *azotémie*, variant de 0 gr. 55 à 0 gr. 70 ; P. S. P. (intraveineuse) inférieure à 10 % en 22 minutes ; coefficient de Van Slyke : 16 o/o à la première heure et 22 o/o à la deuxième heure. Cholestérolémie : 3 grammes pour 1.000 ; fibrinémie : 7 gr. 25 ; uricémie plasmatique : 34 milligrammes par litre. Tension artérielle : 14-9.

Le malade est mis, dès son entrée, au traitement par la Vitamine B_1 (10 centigrammes intraveineux par jour). Ce traitement sera continué pendant 4 mois.

Au bout d'une semaine, il fait une poussée de néphrite œdémateuse et albuminurique qui est jugulée en 5 semaines environ par le régime déchloruré.

Un bilan vitaminique partiel donne les résultats suivants : porphyrinurie comprise dans les limites de la normale ; taux d'acide nicotinique sanguin à la limite de la carence (5 mgr. 2 par la méthode chimique de Meunier, 5 mgr. 8 par la méthode biologique de Lwoff) ; retard très net de la mise en charge par l'acide ascorbique (mais cela en période de néphrite).

Après 2 mois 1/2 de traitement par la vitamine B_1 et un mois de vitamine PP., on note une nette amélioration de la polynévrite : le déficit moteur diminue, les réflexes achilléens reparaissent faiblement, l'anesthésie plantaire disparaît mais, au troisième mois du traitement, l'examen électrique montre encore des valeurs élevées et très anormales et chronaxies pour les extenseurs des orteils, les jumeaux, les fléchisseurs des doigts et, à gauche, les muscles thénariens avec réaction de dégénérescence partielle.

Ajoutons, enfin, que le malade réagit très peu à la tuberculine : l'intradermo-réaction est négative au centième : l'épreuve n'a pas été poussée plus loin.

Plusieurs biopsies ont été faites sur les éléments « tumidus » de la base du cou et de la région pré-sternale : elles confirment le diagnostic de lupus érythémateux (atrophie épidermique, hyperkératose ponctuée s'invaginant dans les orifices pilo-sébacés infiltrat en grande partie lymphocytaire autour des follicules pilo-sébacées) mais on remarque aussi l'importance de l'œdème dermique et, sur certaine coupes, la diffusion de l'infiltrat qui réalise un aspect rappelant celui du lichen.

Cette formule histologique évoque un diagnostic de lupus érythémateux subaigu, conforme au diagnostic clinique.

Au début de janvier 1947, le lupus subit une nouvelle poussée congestive très prononcée sur les parties latérales du cou, du front, les doigts et l'on voit apparaître des éléments nouveaux dans la région pré-sternale.

On décide alors d'entreprendre une cure sulfamidée renforcée par la pénicilline pour tenter d'enrayer la poussée.

Le 21 janvier 1947, le malade prend 4 grammes de sulfapyrimidine. Dès le soir, la température s'élève à 38° et, au cours de la nuit, apparaît une éruption généralisée sur tout le corps, d'énormes placards érythémateux, rouge sombre, bien délimités à contours réguliers, non infiltrés, assez prurigineux et laissant entre eux des intervalles de peau saine.

Les lésions lupiques prennent également une allure très congestive et sont noyées, par place, dans les placards de l'éruption secondaire. On note un peu d'œdème palpébral.

Le 23 janvier 1947, la température dépassant 39°, le malade reçoit 1.000.000 U. de pénicilline.

Le soir même, les placards de l'avant-veille se couvrent sur tout le corps d'énormes

bulles atteignant, par place, sur le tronc, 10 à 15 centimètres de diamètre. Elles contiennent un liquide citrin, stérile, à mononucléaires et lymphocytes. La biopsie montre simplement un décollement sous-épidermique sans infiltrat. Des bulles siègent également sur la conjonctive et sur les muqueuses (dysphagie). Pendant 7 jours, l'éruption persiste sans apparition d'éléments nouveaux. La température oscille entre 38° et 39°6. L'état général décline, faisant craindre une issue fatale. L'azotémie monte à 1 gr. 52 ; l'albuminurie et les œdèmes subissent une poussée, puis l'éruption commence à pâlir et les bulles ponctionnées s'en vont en larges lambeaux.

Au dixième jour de l'éruption bulleuse, la température revient à la normale ; au quinzième jour, il persiste presque uniquement une pigmentation intense qui remplace les placards bulleux disparus.

Mais, en même temps, on note une amélioration remarquable des éléments congestifs de lupus érythémateux ; ils ont presque complètement disparu et l'on a peine à retrouver leur trace. Tous les éléments infiltrés « tumidus » de la base du cou et de la région pré-sternale se sont affaissés et il ne subsiste à leur place que la pigmentation antérieure. Sur le dos des mains et des doigts des lésions se sont également effacées mais incomplètement. La polynévrite reste améliorée et son évolution ne paraît pas avoir influencée par l'orage thérapeutique. L'albuminurie reste variable ; l'azotémie est en décroissance (1 gr. 20 au dernier dosage). Une épreuve de rechloruration dénote une imperméabilité assez forte aux chlorures et doit être interrompue en raison de l'apparition d'un œdème malléolaire.

* * *

1° En résumé, un lupus érythémateux disséminé à tendance subaiguë se complique — fait bien connu — d'une *néphrite* albuminurique, œdémateuse et azotémique, évoluant pas poussées. Il est possible qu'un traitement aurique ait, en 1946, aggravé cette néphrite.

Il se complique, d'autre part, d'une *polynévrite* à laquelle nous n'avons trouvé aucune cause évidente. Sans doute le malade avoue-t-il des excès éthyliques avant 1940 mais, depuis la guerre, sa ration d'alcool est insignifiante.

Sézary, Collerod et Lesourd ont rapporté le 13 mars 1941 un autre exemple de lupus érythémateux et de polynévrite (Thèse de Lesourd, obs. 5, p. 53).

Il s'agit, ici, d'un fait tout à fait différent de ceux que M. Gougerot a bien étudiés sous le nom de lupus myasthénique et qui paraissent s'apparenter à la dermatomyosite : il s'agit dans notre cas d'une polynévrite pure, sans la moindre rétraction musculaire. Il est possible, qu'outre l'éthylisme ancien, le facteur carentiel ait, chez notre malade, une importance pathogénique. On pourrait, en effet, tirer argument du taux un peu faible de l'acide nicotinique sanguin, du grand retard à l'épreuve de charge par l'acide ascorbique et de la remarquable action du traitement vitaminique B_1, puis PP, sur la polynévrite.

2° Notre cas attire, d'autre part, l'attention sur la *sensibilité spéciale vis-à-vis des sulfamides* que peuvent présenter certains sujets atteints de lupus érythémateux. Déjà Costello avait rapporté à la Société Dermatologique de Manhattan (novembre 1938) un cas d'hypersensibilité aux sulfamides : chez sa malade, atteinte de lupus érythémateux, les rayons solaires déterminèrent une sérieuse poussée à la suite du traitement sulfamidé. D'autres auteurs américains (Sharly en particulier) sont également d'avis que les sulfamides sensibilisent la peau aux radiations lumineuses. Cette explication, par l'action conjointe du sulfamide et de la lumière, nous paraît cependant peu satisfaisante chez ce malade confiné au lit et qui n'a jamais reçu qu'à travers la vitre la lumière pauvre d'un mois d'hiver.

3° *De quelle nature* a été la réaction dramatique déclanchée par le sulfamide (et peut-être accentuée par la pénicilline) ?

a) Réaction d'intolérance vis-à-vis de ces corps ? cela n'est pas impossible étant donné surtout que la sulfapyrimidine peut donner des éruptions bulleuses de ce type.

b) Réaction de conflit thérapeutique ? Cela expliquerait peut-être l'extraordinaire sensibilité de ce sujet qui, dès la première prise de sulfamides a fait un accident d'intolérance grave, fait assurément très anormal; peut-être faut-il attri-

buer cette éruption bulleuse à une pathogénie complexe, relevant et de l'intolérance simple aux sulfamides et d'une sorte de réaction de Herxheimer lupique, d'une poussée de lupus aigu érythémateux, bulleux, se mélangeant à la réaction d'intolérance.

4° En tout cas, on doit souligner le *résultat thérapeutique* brillant sur le lupus à la suite de cet accident brutal.

Gougerot a déjà signalé des améliorations de lupus érythémateux par des médicaments mal tolérés, or et sulfamides. Il vous a présenté, ici-même, la malade n° 139.859 de son Service qui fût blanchie par une petite dose mal tolérée de sulfamides. Il insiste à ce propos sur cette efficacité de l'intolérance qu'on retrouve dans d'autres maladies et à propos d'autres traitements.

Notre observation en fournit un nouvel exemple frappant et, à ce titre surtout, elle nous a paru mériter d'être rapportée.

PRÉSENTATION DE MALADES

Tuberculides papulo-squameuses rapidement guéries par injection intraveineuse d'huile de foie de morue ; évolution cicatricielle atrophique et leuco-mélanodermique, par MM. M. Bolgert, Georges Lévy et A. Hagège.

A la séance du 12 décembre 1946, nous avions présenté un cas de tuberculides papulo-nécrotiques rapidement guéries par injections intraveineuses d'huile de foie de morue (1). Nous avons obtenu le même succès dans l'observation présente, intéressante en outre par son aspect clinique.

Mme Bos... Marguerite, 24 ans, sans profession, entre dans notre Service de Beaujon-Clichy le 3 janvier 1947 pour des lésions cutanées presque généralisées à l'ensemble des téguments, apparues vers la mi-octobre pendant un séjour dans un service chirurgical pour fausse couche infectée. L'affection aurait débuté par un prurit généralisé, suivi de l'apparition d'une érosion linéaire en « coup de griffe » sur la cuisse droite, avec adénopathie inguinale douloureuse. Peu après de nouveaux éléments seraient apparus sur l'abdomen. Plusieurs traitements antiscabieux sont effectués sans résultat. Au début de décembre, les lésions se généralisent.

Quand nous voyons la malade, l'éruption occupe les cuisses, l'abdomen, les parties proximales des membres, respectant la tête, le cou et les extrémités. Elle est faite de plusieurs dizaines d'éléments *absolument tous papuleux*, de la dimension d'une lentille à une pièce de 2 francs, arrondis ou ovalaires, nettement infiltrés, de teinte rosée, à surface finement squameuse, d'allure un peu psoriasiforme, mais le grattage méthodique décolle les squames en blocs, sans rosée sanglante. Cependant la lésion initiale de la cuisse droite a pris l'aspect d'un placard croûteux, policyclique, de la largeur d'une paume de main, légèrement infiltré et présentant en son centre une petite ulcération ; sur la jambe droite existent encore des ulcérations d'aspect echtymateux. On retrouve le ganglion inguinal externe douloureux ainsi qu'une adénite épitrochléenne à droite. Par ailleurs, l'état général est médiocre, la température subfébrile entre 37° et 38°. Cœur éréthique, tension à 11,5-7,5. Foie et rate normaux. Auscultation pulmonaire négative ; système nerveux normal. Il existe des troubles de la vue anciens : l'examen (Dr Hudelo) met en évidence une diminution considérable de l'acuité visuelle (1/10e environ) un rétrécissement concentrique du champ visuel, des opacités cristalliniennes et une rétinite pigmentaire. A noter l'absence d'obésité et de polydactylie. *Cuti-réaction* très fortement positive, vésiculeuse ; *intradermo-réaction* à la tuberculine au 1/1.000e très fortement positive, reproduisant un peu les lésions spontanées, tandis qu'une intradermo au sérum animal est négative. *Biopsie d'un élément* : « Hyperkératose avec parakératose. Hyperacanthose très marquée, avec allongement des crêtes interpapillaires, tandis que les papilles restent éloignées de la couche cornée. Légère exocytose mononucléée. Dans le derme, infiltrats lymphocytaires périvasculaires ;

(1) M. Bolgert, Georges Lévy et A. Hagège. Tuberculide papulo-nécrotique et érythème induré type Hutchinson ; amélioration spectaculaire par injections intraveineuses d'huile de foie de morue synthétique. *Soc. Derm. et Syph.*, séance du 12 décembre 1946.

ébauche de réaction épithélioïde d'origine histiocytaire le long d'un capillaire. L'examen permet d'éliminer syphilis, psoriasis et eczéma, et fait conclure à la possibilité d'une tuberculide. »

L'aspect général de cette dermatose évoque irrésistiblement une syphilis papulo-squameuse, mais il n'existe aucun antécédant de spécificité, et quatre Bordet-Wassermann pratiqués en août, en septembre, avant l'éruption puis en octobre et novembre ont été négatifs. Il en est de même d'une cinquième réaction pratiquée dans le service. Par contre de nombreux faits militent en faveur de tuberculides : résultats des réactions cutanées à la tuberculine, et de la biopsie ; existence dans les antécédents d'une pleurésie séro-fibrineuse gauche vérifiée à la ponction, au décours de laquelle survint un érythème noueux ; aspect, enfin d'une radiographie faite dans le service qui montra, outre un hile gauche suspect, une grosse calcification du sommet gauche, de forme triangulaire présentant en son centre deux zones plus claires, évoquant la possibilité d'une petite perte de substance. On retrouve le même aspect sur une tomographie (uniquement sur la coupe passant à 9 centimètres).

Evolution des lésions. — Les ulcérations guérissent rapidement sous l'influence d'une crème de Dalibour ; elles se transforment alors en lésions papulo-squameuses ; en particulier la lésion de la cuisse droite prend l'apparence d'un placard infiltré à surface psoriasiforme.

On commence alors un traitement par injections intraveineuses d'une huile de foie de morue synthétique (200.000 U. vitamine D et 50.000 U. vitamine A au centimètre cube). La malade reçoit le 17 janvier et le 21 janvier, 1/4 de centimètre cube ; le 25 janvier et le 3 février, 1/2 centimètre cube. Réaction fébrile nulle pour la première ; modérée et durant 36 heures pour la seconde, plus intense à 39° durant 2 jours pour les troisième et quatrième. Ces réactions s'accompagnent d'une certaine anorexie et d'un amaigrissement temporaire de 2 kg. 800 ; actuellement la malade a repris 300 grammes. Le résultat de cette thérapeutique sur les lésions est tout à fait remarquable : dès la première injection les lésions pâlissent et, après les deux ou trois premières injections l'infiltration disparaît. Actuellement les lésions situées sur la face antérieure du corps sont effacées, remplacées par de petites taches de 1 centimètre de diamètre, à surface blanche finement plissée, légèrement atrophiques, et entourées d'un halo pigmentaire. Les éléments situés sur la face postérieure du corps persistent encore, mais ils sont de coloration rose jaunâtre, évoquant des eczématides et tout permet de penser à leur disparition prochaine.

Ainsi une éruption de tuberculides qui durait depuis trois mois évolue nettement vers la guérison en moins de quatre semaines sous l'influence de l'huile de foie de morue intraveineuse; cette évolution est sensiblement identique à celle de notre premier cas.

Ajoutons que les tuberculides papulo-squameuses apparaissent d'une très grande rareté. Le Pr Gougerot, avec différents collaborateurs (1), ont rapporté en 1914 et en 1926 trois observations voisines de la nôtre, mais non identique : la première concernait des tuberculides maculo-squameuses ayant évolué vers une atrophie très semblable; dans la seconde, il s'agissait également de macules ayant évolué vers le lichen scrofulosorum; la troisième concerne des lésions analogues, mais conglomérées.

COMMUNICATIONS

Dermatose par oxycarbonémie chronique guérie par l'oxygène,

par MM. Ch. Flandin, L. Richon et Rivron

La fréquence des dermatoses provoquées par l'oxyde de carbone est difficile à apprécier, car l'attention n'est pas habituellement attirée sur cette origine. Celles qui ont été décrites étaient surtout des séquelles d'intoxication aiguë.

(1) Gougerot et Lévy-Frænckel. Tuberculides miliaires maculo-squameuses, atrophiques agminées et atrophie cutanée. *Bull. Soc. Derm.*, 2 juillet 1914, p. 339 ; Gougerot et Fernet. Tuberculides papulo-squameuses atrophiques. *Bull. Soc. Derm.*, 15 avril 1926, p. 338 ; Gougerot, Ducourtioux et Lotte. Tuberculides papuleuses conglomérées avec ponctuations squamo-croûteuses cicatricielles dessinant un réseau atrophique. *Bull. Soc. Derm.*, 1926, p. 613.

L'observation que nous présentons est, au contraire, un cas d'intoxication chronique.

M. T..., 49 ans, surveillant dans un atelier de chauffe à la S. N. C. F. a présenté depuis novembre 1946, aux mains, des poussées de dermite traitées d'abord par des pommades qui ont entraîné une eczématisation, puis par les injections d'hyposulfite de soude, d'autohémo, de gluconate de calcium.

Le 7 janvier 1947, nous trouvons sur le dos des deux mains de larges placards cyanotiques, à bords mal limités, avec tendance parakératosique. Le malade est pâle, bouffi, légèrement anhélant, sans signes d'auscultation aux poumons, ni au cœur. Il se plaint de céphalée, surtout vespérale, d'asthénie, de fatigue en montant un escalier, de diminution de la force pour saisir un objet, se tenir à la rampe, de sensation de toujours marcher sur un tapis épais.

Son métier, qui l'oblige à séjourner en air confiné, au voisinage de fourneaux chauffés au rouge, nous font penser à la possibilité d'une intoxication chronique par CO.

La formule sanguine est à peu près normale : G. R. 4.600.000, G. B. 6.600 avec P. 64, E. 1.

Le dosage de CO dans le sang montre 0,90 o/o de CO au lieu de la normale 0,30 au plus (méthode à l'endiomètre-dosage fait à la Pharmacie de St-Louis).

Nous supprimons tout traitement local actif, mettons le malade au repos et le faisons passer tous les jours sous la tente à O^2, à 70 o/o d'O^2, d'abord une demi-heure, puis une heure. Transformation à vue de l'état général.

Après 8 jours, CO sanguin : 27 o/o, après 15 jours : moins de 0,10 o/o. Disparition de la fatigue, de l'essoufflement, des paresthésies, de la céphalée.

Guérison également complète des lésions cutanées.

Il semble donc qu'on puisse incriminer CO d'être la cause d'une dermatose qui, sans les troubles de l'état général et le dosage sanguin n'eût pas été rapprochée de sa véritable cause. La guérison complète par O^2 mérite d'être signalée.

Carcinose cutanée généralisée, en explosion 7 et 10 ans après l'exérèse de cancer des deux seins, par M. Touraine et Mme Robert-Benon.

Dans un article récent de la *Wiener klin. Wochenschrift* (13 décembre 1946, p. 748) et à l'occasion de quatre cas personnels, Geelman souligne la rareté des observations de cancer métastatique de la peau, puisqu'il n'a pu en réunir qu'une centaine dans la littérature mondiale. Leur fréquence doit, en réalité, être beaucoup plus grande. Après celle que l'un de nous a publiée ici-même, il y a moins d'un an (*Soc de Dermat.*, 11 avril 1946, p. 300), en voici un nouvel exemple qui pose d'ailleurs les mêmes questions de mécanisme.

Femme de 53 ans. En 1936, ablation du sein droit et curage de l'aisselle pour cancer ; pas d'incidents opératoires, cicatrisation parfaite, aucune séquelle. En 1939, opération identique à gauche. Par la suite, vie normale, les deux cicatrices sont souples, non douloureuses ; aucune manifestation cutanée, ni viscérale.

En mai 1946, sans cause apparente, apparition d'une dizaine de petites nodosités cutanées, la plupart dans la région présternale, une sur la tempe droite, deux dans le cuir chevelu. En novembre, brusquement, en quelques jours, explosion de plus d'une centaine de nouvelles nodosités sur la plus grande partie du corps et début d'une dyspnée qui sera progressive. A son entrée dans le service, le 15 décembre, l'état général est encore bon, la peau bien colorée, la température normale. Les deux longues cicatrices des opérations antérieures sont normales, souples. A quelque distance du tiers inférieur de celle de droite on compte une dizaine de petits nodules intradermiques. Près du tiers moyen de la cicatrice gauche, et en dedans d'elle, il en existe une vingtaine dont 3 atteignent les dimensions d'une noisette. La région présternale est parsemée d'une trentaine de petites masses dont 5, du volume d'une noisette, sont rouges et adhérentes à la peau qui est déprimée à leur niveau. Un examen méthodique, plus à la palpation qu'à la vue (car la plupart sont lenticulaires, enchassées dans le derme ou libres dans l'hypoderme), en relève de nouvelles qui augmentent chaque jour de nombre et de dimensions : deux sur l'épigastre (dont une de la dimension d'une noix) ; 5 à 6 sur l'abdomen, 8 disséminées sur le dos, des épaules aux fesses, quelques-unes sur les flancs, sur les membres supérieurs (l'une d'elles, dans la région deltoïdienne droite, a acquis le volume d'une mandarine en 4 à 5 jours), une

autre double l'épaisseur de la lèvre inférieure, à la face, une encore s'étale devant l'oreille gauche, 6 se disséminent sur le cuir chevelu (3 d'entre elles sont déjà ulcérées). Par contre, on n'en trouve qu'une seule sur les membres inférieurs, petite et ne datant que de quelques jours, à la partie supérieure de la cuisse gauche. Pas d'adénopathie perceptible. Gros foie lisse, non douloureux. Appétit conservé, pas de troubles digestifs. Examen viscéral par ailleurs négatif. A la radiographie, infiltration massive des deux poumons par une carcinose miliaire.

Aggravation rapide de la dyspnée ; mort en asphyxie le 2 janvier. Opposition à l'autopsie.

Hypersensibilisation locale à l'arsenic après érythrodermie arsenicale, par MM. Touraine, Horowitz et Mme Robert-Benon.

La malade, âgée de 22 ans, sans passé pathologique notable, présente, en juin 1946, une roséole et des syphilides papuleuses des avant-bras ; la sérologie est alors fortement positive. La malade est traitée en ville par des injections simultanées, deux fois par semaine de bivatol et de novar à doses progressives de 0 gr. 15 à 0 gr. 75. Quelques jours après la deuxième injection de 0 gr. 75 (faite 8 jours après la précédente), érythrodermie vésiculo-œdémateuse généralisée, fébrile, pour laquelle elle est hospitalisée dans le Service le 14 août. Traitée par l'adrénaline, le calcium, la sulfadiazine, elle s'améliore le 28 août, présente une légère rechute du 31 août au 9 septembre et sort, guérie, le 27 septembre. Son médecin refait du 20 octobre au 8 décembre, sans incidents, une série de 20 injections de muthanol.

Vers le 2 janvier, débute une gingivite d'aspect banal, qui l'amène à consulter le même médecin, le 4 janvier, qui prescrit des attouchements avec un collutoire au novarsénobenzol au dixième. Dès le lendemain, après la seconde application, la malade ressent une sensation de tension des lèvres ; le 7 janvier, apparaît un érythème diffus autour de la bouche et sur le menton qui gagne toute la face le 8 janvier et trouve son maximum autour des yeux. Le 10 janvier, à sa nouvelle hospitalisation, on constate un érythème squameux avec œdème de toute la face ; un piqueté rouge vif, saillant, prurigineux est apparu à la racine des bras, des cuisses, sur le dos. Cette nouvelle poussée a cédé rapidement à la même médication ; la malade sort guérie le 18 janvier ; sa sérologie est négative.

Une épidermo-réaction, le 12 janvier, avec une petite compresse imbibée d'une solution de novar à 1/50 et maintenue 24 heures a été négative. Il en a été de même pour une épidermo-réaction avec le collutoire employé sur les gencives.

Les fausses réactions sérologiques de la syphilis, par M. A. Touraine.

J'ai dressé, il y a 27 ans (*Revue de Médecine*, 1920, p. 103), une longue liste d'affections au cours desquelles la réaction de Wassermann pouvait être positive sans qu'il s'agît de syphilis; toutes ces affections avaient comme caractère commun de comporter une déglobulisation sanguine appréciable. Cette liste s'est considérablement allongée depuis 6 ans, grâce à de nombreux travaux étrangers, la plupart anglo-saxons. Avec ceux-ci, on doit distinguer 3 groupes de ces « fausses réactions positives ».

1° Par défaut de technique. — Erreurs ou inexpérience de l'opérateur, réaction trop sensible, qualités défectueuses des produits employés et notamment des antigènes dont il existe aujourd'hui une véritable « crise » (Gaté).

2° Réactions syphiloïdes. — Habituelles et durables au cours de maladies dues à un micro-organisme voisin de celui de la syphilis (pian, bouba, fièvre récurrente, sodoku, spirochétose ictéro-hémorragique, leishmanioses sanguines ou cutanées, etc.), de la lèpre sous ses diverses formes et, en particulier, cutanées, de la filariose.

3° Réactions biologiques. — Possibles et temporaires au cours d'*infections* telles que le paludisme, le syndrome de Fanconi-Hegglin ou pneumonie atypique, certaines épidémies de naso-pharyngite, le typhus murin, la scarlatine (surtout avec complications hépatiques), la mononucléose infectieuse, la varicelle, le rhumatisme aigu, certaines formes de tuberculose (hémoptoïque), certaines tuberculides. Au cours des *vaccinations* jennériennes, mixtes réglementaires dans les armées, etc.

Au cours de certaines *intoxications*, telles que par le plomb, l'acide acétique, le chloroforme, le novarsénobenzol (fausses réactivations), les sulfamides. Les fausses réactions des donneurs de sang restent discutées.

Même chez les sujets normaux et sans aucune cause perceptible, on assiste souvent à des *oscillations* irrégulières de la sérologie, peut-être par hyperprotidémie (Cordon et Atlas). Enfin de vastes enquêtes récentes, aux États-Unis ou en Scandinavie, portant jusque sur 120.000 sujets, s'accordent pour montrer qu'un peu plus de 1 individu sur 1.000 sujets normaux a une sérologie positive.

On voit combien il peut être dangereux d'affirmer le diagnostic de syphilis sur la seule foi d'une sérologie positive et combien ce danger peut devenir important lorsqu'on se propose de soumettre une population entière à un examen sérologique collectif et obligatoire.

(Résumé d'un travail paru dans le *Concours Médical* du 22 février 1947).

M. R. Degos. — Les statistiques américaines rapportées par M. Touraine appellent certaines réserves En premier lieu, le pourcentage des sérologies positives observées par les auteurs américains au cours des maladies infectieuses ou à la suite de certaines thérapeutiques atteint un taux qui n'a aucun rapport avec celui observé en France où ces cas sont exceptionnels. En second lieu, il est difficile de considérer comme fausses réactions tous ces cas de séro-positivité constatés occasionnellement chez un malade en apparence indemne de syphilis. Ce serait nier l'existence des syphilis sérologiques méconnues. En troisième lieu, la réactivation sérologique de syphilis latentes sous l'influence d'affections fébriles ou de médications pyrétogènes est un fait qui a été bien établi par Milian. Le virage des séro-réactions à la suite de traitements arsénobenzoliques, mentionné comme de fausses réactions par les auteurs américains, réalise, en particulier, l'épreuve de la réactivation de Milian. En dernier lieu, les séro-réactions effectuées aux États-Unis ne comportent souvent que des réactions de floculation et même qu'un seul type de réaction de floculation. Or, nous exigeons, en France, pour parler de séro-réactions positives, une concordance dans la positivité des réactions d'hémolyse et de floculation.

Il ne faudrait pas que ces fausses réactions sérologiques, qui demeurent exceptionnelles en France en dehors d'une syphilis latente, fassent douter de la valeur de la sérologie dans le dépistage de la syphilis occulte.

M. Paul Lefèvre. — Il était bon que quelques réserves fussent faites après la communication de M. Touraine. Elle risque de troubler les médecins par le discrédit qu'elle jette sur les réactions sérologiques de la syphilis.

Dans la pratique, quand la réponse sérologique est en désaccord complet avec la clinique, un second examen montre qu'il y a erreur du laboratoire.

Les examens sérologiques, pratiqués en série sur des collectivités, nous ont appris que, très souvent, chez la femme surtout, la syphilis passe inaperçue à ses périodes primaires et secondaires.

Le virage de la sérologie par le traitement antisyphilitique, dans les cas de cet ordre, ne permet pas de penser qu'il s'agisse de fausses réactions.

Sur un point particulier, *les fausses réactions dans la scarlatine*, nous rappelons que les vérifications que nous avons fait faire en 1925 à l'Hôpital Claude-Bernard et qui sont consignées dans la thèse de Rosier, ne nous ont pas permis de constater de fausses réactions au cours ou à la suite de la scarlatine.

Quant à la « Réactivation de Milian », le seul reproche que l'on puisse lui faire à l'usage, c'est qu'il faut interroger beaucoup de sujets par un début de traitement pour obtenir un réveil sérologique. Autrement dit, les réactivations positives sont assez rares, quant à dire qu'elles sont fausses rien ne nous permet de le penser.

Enfin, il convient de ne pas vouloir faire dire aux réactions sérologiques de la syphilis, qui sont des réactions grossières, plus qu'elles ne peuvent. Vouloir attacher trop d'importance à des réactions faiblement positives surtout quand elles

ne concernent que les méthodes de floculation, c'est se condamner à de lourdes erreurs.

M. Georges Garnier. — Je pense qu'il faut faire les plus expresses réserves sur les statistiques que nous rapporte M. Touraine. De tels résultats risqueraient de faire croire aux praticiens qui lisent les comptes rendus de nos séances que la réaction de Wassermann n'a plus aucune valeur. On ne peut d'ailleurs que s'étonner de ce véritable catalogue d'affections où le Bordet-Wassermann serait positif sans qu'il existât de syphilis et l'on doit se demander de quelle façon les auteurs ont éliminé toute possibilité de syphilis. Il ne faut pas oublier, d'autre part, que de nombreuses affections sont capables de réveiller une sérologie latente chez des syphilitiques héréditaires ou même dans certaines syphilis acquises.

La roentgenthérapie sur la nuque dans le traitement des poussées congestives faciales, par MM. P. Cottenot et A. Desaux.

Nous avons traité 10 malades présentant des poussées congestives de la face par la radiothérapie sympathique appliquée sur la nuque.

Dans des cas d'acné rosacée ou d'acné miliaire, nous avons souvent obtenu de très heureux résultats par la radiothérapie directe suivant la technique habituelle de traitement de l'acné vulgaire par une très petite dose hebdomadaire. Mais il arrive que celle-ci déclenche dès la 1re ou la 2e application une réaction vaso-dilatatrice suivie d'une éclosion de papulo-pustules. C'est ce qui nous a incités à agir dans ces cas par voie indirecte sur le sympathique en irradiant la nuque.

Par cette méthode nous avons agi d'une façon remarquable sur les poussées congestives faciales d'origine nerveuse, c'est-à-dire sur celles qui surviennent à la suite d'une émotion ou par changement de température (passage du froid au chaud), ou pendant le repas ou immédiatement après (réaction cutanée aux réflexes d'origine digestive). Nous avons aussi agi dans certains cas sur les poussées congestives d'origine endocrinienne de la période prémenstruelle et de la ménaupose. Il en est de même des poussées fluxionnaires qui s'observent dans l'acné miliaire, l'acné rosacée, et certains eczémas et eczématides de la face chez des nerveux.

Par contre l'influence nous a paru nulle sur les poussées congestives d'origine histaminique par anaphylaxie alimentaire ou intoxication intestinale, lesquelles surviennent plus ou moins longtemps après le repas nocif.

Comment faut-il interpréter cette action de la radiothérapie ? Nous irradions le ganglion cervical supérieur, notre champ d'irradiation s'étendant en haut jusqu'à la base du crâne. De ce ganglion part l'influx nerveux vaso-constrictif de la face sur lequel il est possible que nous exercions une action d'excitation. Mais il est possible aussi que nous agissions en inhibant l'influx vaso-dilatateur histaminergique et l'influx parasympathique cholinergique. Mais ce ne sont là que des hypothèses.

En tous cas les doses actives sont des doses faibles : 150 *r* d'un rayonnement moyennement pénétrant par application ; 5 à 6 applications en 15 jours et l'effet se fait sentir souvent déjà en cours de traitement.

Voici résumées très brièvement quelques observations :

Observation I. — Mme C..., 41 ans. Couperose des joues avec infiltration dermo-hypodermique. Quelques éléments d'acné miliaire. Eczématides diffuses des joues avec desquamation pityriasiforme.

Poussées congestives des joues prémenstruelles et post-prandiales. Grande nervosité

Du 7 au 28 mai, 6 applications de radiothérapie sur la nuque. L'amélioration débute au cours du traitement. La congestion diminue progressivement et le 11 juillet, elle a presque complètement disparu. Le 5 octobre, ces bons résultats se maintiennent. Le visage est de coloration normale. Les poussées congestives ont disparu.

Obs. II. — Mme S..., 24 ans. Urticarienne de longue date, depuis le 15 mars, à la suite d'une naso-pharingite, poussées congestives accentuées par le passage du froid au chaud, l'émotion, l'effort, accentuation 8 jours avant les règles. On constate couperose télangiectasique du nez et des pommettes.

Malade nerveuse, émotive, angoissée.

Du 27 mai au 7 juin, 5 applications de radiothérapie sur la nuque. Amélioration au cours des applications, à la fin du traitement les poussées congestives ont disparu. Le teint est sensiblement normal.

Obs. III. — Mme C... Eczématides d'origine digestive, compliquées de poussées fluxionnaires d'origine nerveuse (émotion, passage du froid au chaud, distension gastrique). Amélioration des eczématides par l'auto-ourothérapie. Les poussées fluxionnaires cèdent à 3 applications de radiothérapie sur la nuque du 10 au 18 décembre.

Obs. IV. Mme E... Légère séborrhée. Couperose des pommettes avec acné rosacée. Poussées congestives à l'émotion, au passage du froid au chaud, pendant les repas. Malade nerveuse, règles régulières.

Deux applications de radiothérapie cutanée sans résultat. Du 12 mars au 9 avril, 5 applications de radiothérapie sur la nuque. Amélioration presque immédiate. La malade est revue le 17 mai. Le visage est très peu congestif. Il n'y a pas d'acné.

Obs. V. — Mme L... Eczématides frontales et géniennes d'origine digestive (ptose intestinale, mégasigmoïde). Nervosité, ménopause. Poussées fluxionnaires survenant à la suite d'émotion et pendant les repas.

5 applications de radiothérapie sur la nuque du 26 juin au 8 juillet. Persistance des eczématides, mais disparition des poussées fluxionnaires.

Obs. VI. — Mme B.... Couperose et acné miliaire papulo-pustuleuse limitée à la moitié inférieure de la face. Nervosité. Dolicho-sigmoïde. Poussées congestives faciales, à l'émotion, à la chaleur et après les repas. 6 applications de radiothérapie sur la nuque du 3 juin au 24 juin. Diminution considérable de la congestion faciale et de l'acné miliaire. Actuellement guérie.

Obs. VII. — Mme P.... Maladie de Raynaud fruste des mains. Cyanose légère avec infiltration des joues qui fait place à la rougeur faciale par émotion, chaleur, repas. Peau très irritable actinosensible. Nervosité. Instabilité thyroïdienne.

6 applications de RX sur la nuque du 13 juin au 1er juillet à la suite desquelles les poussées congestives disparaissent, le résultat se maintient.

Obs. VIII. — Mme B.... Couperose et acné rosacée avec infiltration des joues. Les poussées congestives faciales, suivies d'éruptions papulo-pustuleuses acnéiques sont déclenchées par l'émotion, la chaleur, les repas et aussi par la cryothérapie, la roentgenthérapie directe. Nervosité, dolichocôlon, cholécystite chronique.

3 applications de rayons X sur la nuque du 26 mars au 1er avril ont été suivies d'une notable amélioration.

Obs. IX. — Mme R.... Poussées congestives faciales à l'émotion et à la chaleur. Nervosité.

5 applications de radiothérapie sur la nuque du 8 au 17 décembre font disparaître les poussées congestives.

Le crochet thermique pénicillo-syphilitique, par MM. A. Tzanck, E. Sidi et G. Bellemare.

Dans notre rapport sur le traitement de la syphilis par la pénicilline, l'un de nous a noté rareté des réactions et notamment l'absence de fièvre. Il en est, en effet, le plus souvent ainsi si la température n'est notée que matin et soir. Par contre si celle-ci est relevée heure par heure durant les premières 24 heures on constate vers la 8e heure un crochet qui peut atteindre et dépasser 40°. Tout est rentré dans l'ordre le lendemain matin et le malade n'attire même pas l'attention sur un certain degré de malaise, qui a pu passer inaperçu.

Or ce crochet thermique est presque constant dans les syphilis précoces en pleine activité. Il fait défaut dans la plupart des autres affections traitées par la pénicil-

line et ne s'observe pas avant le 12e jour du chancre. Il fait également défaut dans les syphilis plus tardives uniquement sérologiques. En d'autres termes, il s'observe dans les circonstances même où l'on constate la réaction d'Herxheimer.

Dans une statistique portant sur 300 cas soignés dans l'armée canadienne, le Dr Bellemare a pu dresser le tableau suivant :

Syphilis primaires séro-négatives : crochet thermique dans 50 o/o.
Syphilis primaires séro-positives : crochet thermique dans 80 o/o.
Syphilis secondaires au début : crochet thermique dans 95 o/o.
Syphilis secondaires tardives : crochet thermique exceptionnel.
Syphilis uniquement sérologiques : crochet thermique dans 0 o/o.

En d'autres termes la fièvre pénicillo-syphilitique se présente dans les circonstances mêmes ou s'observe la réaction d'Herxheimer. Mais contrairement à cette dernière, qui est rare, par sa fréquence ce crochet thermique, qui comporte la même signification, acquiert la valeur d'un symptôme de la syphilis.

Le cyto-diagnostic immédiat en dermatologie, par M. A. Tzanck.

L'étude cytologique immédiate des frottis dermatologiques ou des empreintes de biopsie n'est pas une nouveauté On ne saurait l'opposer à l'histologie qui peut seule nous représenter l'architecture des lésions alors qu'il s'agit là d'éléments isolés et éparpillés sans ordre. Cependant elle mérite d'être perfectionnée car les éléments sont moins déformés, et les résultats peuvent être immédiatement constatés. De plus elle peut être complétée par une étude histo-chimique.

Dans de nombreux cas, elle nous a fourni des renseignements d'un intérêt pratique de haute valeur.

Cependant la technique de prélèvement doit être appropriée à chaque affection.

Il semble qu'il y ait là une voie pleine de promesses en vue d'une connaissance plus approfondie d'un grand nombre de dermatoses que nos yeux ne nous découvrent que très imparfaitement.

Réactions mentales et dermatologie, par M. A. Tzanck.

Les rapports de la Dermatologie et des maladies mentales ont fait l'objet d'études très nombreuses et très anciennes.

Nous-mêmes avec Mallet, Schiff et Mlle Abadie avons il y a bien longtemps attiré l'attention sur les intolérances mentales de l'arsénothérapie et de la sérothérapie. Récemment des faits de cet ordre ont été rapportés à la suite de la sulfamidothérapie, nul doute qu'on n'en découvre en maintes autres circonstances. Aujourd'hui nous voudrions insiter sur l'analogie profonde de ces états mentaux avec les intolérances cutanées.

Observation I. — Une jeune femme de 24 ans, à la suite d'une teinture des cheveux présente un état confusionnel durant 6 jours. Elle insulte sans raison son entourage, se livre à des actes violents. Une légère dermite autour du cuir chevelu et un test positif à la paraphénylendiamine nous incitent à incriminer cette étiologie. Malgré nos conseils la malade une fois guérie se fait à nouveau teindre les cheveux. Une récidive observée dans ces conditions a pour nous la signification d'un véritable test positif.

Obs. II. — M. H... L. Soigné à deux reprises pour psychose périodique, reçoit lors d'une intervention chirurgicale une injection de novocaïne. Il présente pendant 6 heures à la suite de cette injection un état dépressif en tous points comparable à celui pour lequel nous l'avions traité. De plus l'injection a provoqué localement une petite poussée d'urticaire.

Obs. III. — Mme H... et sa sœur jumelle sont traitées, l'une pour des troubles mentaux, l'autre pour de l'urticaire. Mais le point intéressant est que chez toutes deux la première crise a eu lieu lors de la grossesse et qu'à chaque période menstruelle on observe à l'état d'ébauche les mêmes accidents.

Il nous a semblé intéressant de rapporter, fût-ce très brièvement, ces 3 observations qui illustrent l'analogie profonde qui peut exister du point de vue réactionnel entre la pathologie mentale et la dermatologie.

Contribution à l'étude des chéloïdes (courte note préliminaire), par M. A. Desaux.

La chéloïde secondaire cicatricielle est constituée par une partie du bourgeon charnu de cicatrisation dont l'évolution a été « incorrecte ».

En effet, ce bourgeon charnu, malgré qu'il se soit recouvert d'un épiderme continu, persiste dans sa forme jeune primitive et conserve sa capacité proliférative; la fibrillogenèse ne se produit pas et, quoique baignant dans un milieu de teneur calcique élevée (comme l'ont montré Pautrier et Zorn), le tissu chéloïdien refuse de fixer le calcium.

Il est probable que ce trouble évolutif de la cicatrisation a, en partie, pour base biochimique, une diminution, dans le bourgeon charnu de la cicatrice, de l'*activité phosphatasique alcaline*, qui, pour certains auteurs (Fell, Danielli), pourrait intervenir dans la formation du collagène; ce qui expliquerait l'action curative, exercée sur certaines chéloïdes, pour l'ionisation au magnésium, stimulateur de cette activité.

Par ailleurs, il est possible que l'*avitaminose C*, qui (Danielli, Fell, Kodicek) réduit l'activité phosphatasique des plaies et (Lanman, Ingalls) trouble le processus de fibrillogenèse, joue aussi un rôle dans la production de la chéloïde.

Pénicilline et ictères parathérapeutiques, par MM. Félix-Pierre Merklen Pierre de Graciansky et Christian Nézelof.

La pénicilline s'est montrée si nettement et si rapidement efficace dans deux ictères apparus au cours de traitements antisyphilitiques que nous croyons devoir le signaler ici. Sans vouloir préjuger de la nature et de la pathogénie exacte de ces ictères, sans vouloir discuter la nature syphilitique possible du premier (survenu en début de traitement) et la nature infectieuse du second (précédé et accompagné d'un ensemble de signes infectieux manifestes), sans insister sur le rôle déclenchant joué par l'arsenic (particulièrement net dans le second), la pénicilline paraît particulièrement indiquée dans de tels cas, en raison de la rapidité de son efficacité vis-à-vis du tréponème, de son action antimicrobienne générale, voire également de l'influence favorable que personnellement nous sommes portés à lui attribuer dans les manifestations d'intolérance aux arsénobenzènes.

Sans doute peut-on objecter les ictères en série qui ont été signalés au cours de la pénicillinothérapie et attribués à une asepsie insuffisante des seringues utilisées : il s'agissait là sans aucun doute de germes pénicillino-résistants; mais il est aussi, semble-t-il, des germes infectieux ictérigènes pénicillino-sensibles qui justifient le recours à la pénicillinothérapie, même si l'ictère parathérapeutique paraît de nature infectieuse vraisemblable. comme chez notre second malade.

Observation I. — Mme R... Hélène, 46 ans, reçoit pour une syphilis secondaire récente, quatre injections intraveineuses quotidiennes d'un centigramme de cyanure de mercure, puis trois injections intraveineuses de novarsénobenzol : 0 gr. 15 le 15 janvier 1946, 0 gr. 45 le 17, 0 gr. 60 le 22. Apparaît alors un ictère qui, net dès le 27 janvier, s'accentue le 28 tandis qu'apparaissent des œdèmes sans atteinte apparente des reins, se complique le 29 d'un état délirant assez accusé, avec céphalée violente et fièvre à 38°. La précocité des œdèmes et des troubles nerveux fait craindre une évolution grave, quand une dose modérée et prudente de 20.000 U. O. de pénicilline, faite à la fin de la matinée du 29 semble assurer une rémission légère du délire et de la céphalée : 120.000 U. O. le 30, 150.000 U. O. le 31 janvier et le 1er février amènent une guérison vraiment spectaculaire en 4 à 5 jours, une disparition complète et rapide des troubles délirants, des œdèmes, de l'ictère.

Obs. II. — M. N... Élias, nord-africain, 24 ans, entre à Broca le 14 décembre 1946 avec un assez mauvais état général, pâle, amaigri, profondément asthénié et fébrile (à 38°-38°5) ; il a à la fois blennorragie et chancre mixte phagédénique, avec bubon et sérologie fortement positive. Après thiazomide et pendant 3 jours 300.000 U. O. de pénicilline qui font tomber la fièvre (après un crochet à 40° le premier jour), il reçoit 0 gr. 15 de novar le 19 décembre, 0 gr. 60 le 20 et 0 gr. 75 le 24 sans aucun incident. Le 28, la fièvre reprend et oscille entre 38° et 39°6 pendant 4 jours. Le 2 janvier 1937, après 36 heures d'apyrexie, 0 gr. 60 de novar sont très mal supportés, suivis 1 heure après l'injection de frissons, douleurs lombaires, malaise extrême, température à 40°, alternatives de prostration et d'agitation. Dès le lendemain apparaît un subictère qui ne tarde pas à se transformer en un ictère intense, véritablement flamboyant, qui fonce pendant 3 à 4 jours. Dès le 3 janvier, une cure de 2.400.000 U. O. de pénicilline est instituée, au rythme de 320.000 quotidiens : la température atteint encore 38° pendant 3 ou 4 jours, puis s'établit une apyrexie complète, tandis que l'ictère rétrocède et disparaît avec une rapidité remarquable, vue son intensité antérieure. Le 10 janvier, le malade est entièrement guéri, sans l'asthénie prolongée post-ictérique habituelle. Ultérieurement, le traitement antisyphilitique est continué, sans incident, par bismuthothérapie

Pénicilline et atteinte rénale au cours de la syphilis, par MM. Félix-Pierre Merklen, Pierre de Graciansky et Christian Nézelof.

La question a été soulevée ici-même, à l'occasion de deux érythrodermies arsenicales soignées sans succès par la pénicilline, de la nocivité possible de ce médicament pour le rein; question particulièrement importante, vues les difficultés bien connues du traitement des syphilis rénales et du traitement antisyphilitique en cas d'atteinte rénale préalable. Aussi sont dignes d'intérêt les deux observations suivantes qui établissent les heureux effets de la pénicilline dans une néphrite parathérapeutique et son innocuité chez un syphilitique atteint de néphrite chronique.
Sans doute une certaine prudence est-elle à conseiller dans l'utilisation de la pénicilline chez de tels malades; il n'en reste pas moins que ce nouveau médicament antisyphilitique semble à l'heure actuelle pour eux le plus indiqué.

Observation I. — G... Germaine, 34 ans, reçoit pour une roséole avec accidents secondaires multiples des injections intraveineuses de 1 centigramme de HgCy 3 jours de suite, puis 0 gr. 15, 0 gr. 45, 0 gr. 60, 0 gr. 75 et 0 gr. 75 de novar. Ces 3 dernières injections sont mal tolérées (malaises, vomissements, puis fièvre) et la dernière coïncide avec l'apparition de bouffissure de la face, d'œdèmes des membres inférieurs et d'albuminurie. Vues les quantités fort réduites de pénicilline dont on disposait à l'époque, on se contente de faire cinq injections de 40.000 U. O. de pénicilline, espacées de 2 en 2 heures, la veille de chaque injection de novar et, grâce à cette association, le traitement antisyphilitique peut être poursuivi et œdème et albuminurie rétrocèdent.

Obs. II. — D... Rebah, 58 ans, terrassier, atteint de tabès fruste avec maladie de Hodgson, a par ailleurs une néphrite chronique (avec albuminurie oscillant entre 1 gr. 50 et 4 grammes au tube d'Esbach) et une sérologie fortement positive malgré des séries multiples de cyanure de mercure, séries d'ailleurs limitées par des poussées répétées de stomatite. La malade a parfaitement supporté une cure de 2.400.000 U. O., par 40.000 U. O. toutes les 3 heures, sans aggravation des perturbations rénales : l'élimination de la phénolsulfonephtaléine, à 20 o/o avant la pénicilline, s'est même améliorée à 50 o/o après le traitement pénicilliné, tandis que l'albuminurie restait à 1 gramme (au tube d'Esbach), que l'urée variait peu (0,28 à 0,37), que la tension artérielle restait sensiblement stable (13,5-6,5 à 14-7). Ultérieurement la pénicilline a permis un traitement prolongé par le cyanure de mercure sans stomatite, grâce à 100.000 ou 200.000 U. O. faites à la moindre menace de stomatite.

Accidents dus au chlorhydrate double de cinchonine et d'urée dans le traitement des angiomes, par M. Jean Meyer.

La pharmacie de Saint-Louis nous délivre actuellement en place de chlorhydrate double de quinine et urée, du chlorhydrate double de cinchonine et urée. Ces deux substances ne sont pas absolument interchangeables; l'effet vasodilatateur de

la cinchonine est assez puissant pour que ce produit entre à côté de la yohimbine, dans la préparation de la cinquésine de Houdé.

Les injections de 5 centimètres cubes, faites à l'adulte, aussi bien dans les hémorroïdes, que dans les angiomes, ne semblent pas manifester cet effet vaso-dilatateur et sont convenablement tolérées. Il n'en est pas ainsi chez les nourrissons. Même à une dose minime correspondant à 1 centimètre de solution à 5 o/o soit 5 centigrammes pour 5 kilogrammes, ces injections déterminent un malaise 10 minutes environ après la piqûre, le nourrisson pâlit, et vomit. Cette pâleur persiste environ 20 minutes. Nous n'avons observé chez 3 nourrissons ainsi traités, aucun incident plus sérieux. Mais il ne nous en semble pas moins préférable de ne recourir qu'à la quinine urée, parfaitement tolérée s'il n'y a pas de surdosage.

Résultats de l'exploration fonctionnelle de malades présentant des érythèmes précoces des chimiothérapies, des érythrodermies primitives ou post-chimiothérapiques, par MM. Claude Huriez et Robert Dusausoy (de Lille).

Dans ces communications aussi courtes que des notes à la Société de Biologie, nous rapporterons uniquement les conclusions de l'exploration fonctionnelle complète de :

13 malades présentant des érythèmes simples des chimiothérapies.
17 » » » érythrodermies post-chimiothérapiques.
8 » » » érythrodermies primitives,

étudiés durant ces 3 dernières années à la Clinique dermato-vénéréologique de Lille.

Ces malades furent isolés dans 2 salles, séparées par une cabine de prélèvements pour assurer à ces déterminations une méthode difficilement obtenue dans des salles, communes à des malades atteints d'affections différentes, suivant des régimes et des thérapeutiques variées.

La prise de la température, du pouls, la récolte et la mesure des urines, les multiples prélèvements de sang, étaient faits avec une rigueur expérimentale.

La fonction rénale était explorée par la mesure de la diurèse, la recherche des cylindres et de l'albumine, le dosage de l'urée sanguine, et la mesure de l'élimination de la P. S. P.

Un *instantané hépatique* était obtenu par la recherche dans les urines de l'urobiline, des sels et pigments biliaires, par le dosage dans le sang de la bilirubine, du cholestérol, de la glycémie, avant et parfois après épreuve de Colrat) de l'azote uréique et l'azote total pour établir leur rapport, que Fiessinger considérait comme le meilleur élément d'appréciation du fonctionnement hépatique.

La détermination du temps de résorption de la boule d'œdème, suivant la technique d'Aldrich et Mac Clure, fournissait une donnée intéressante car l'hydrophilie tissulaire dépend autant de la répartition des protéines que de l'état du système neurovégétatif qui était également exploré par la mesure du R. O. C.

Ces déterminations destinées à préciser l'état du terrain chez ces malades étaient complétées par des recherches humorales visant à préciser *la part de l'infection* par des hémocultures, et surtout par des hémogrammes répétés de 2 en 2 jours.

Le métabolisme du médicament était enfin apprécié par des dosages dans le sang et dans les urines, cependant que l'autopsie de 3 érythrodermiques permettait non seulement, des dosages tissulaires, mais de plus, des précisions histologiques que nous rapportons dans le travail annoncé (1).

Plus de huit cent déterminations furent ainsi pratiquées de façon simultanée et cohérente chez ces 38 malades. Plusieurs centaines de dosages pratiqués de façon sporadique et beaucoup plus fragmentaires chez une cinquantaine de malades

(1) Cl. Huriez, A. Guidoux, R. Dusausoy. *La part du toxique, du terrain et du microbe dans les accidents des chimiothérapies.* Essai de synthèse, 1 vol., 44 pages, 38 figures et un grand dépliant, Masson et Cie, Paris, mars 1947.

semblables reçus à la Clinique de Saint-Sauveur de 1941 à 1943 suffiront à témoigner de l'effort considérable accompli dans les services de mes collègues Gernez, Lespagnol et Merville, par les chefs de laboratoire du service, Vansteenberghe, Bizerte et Arquembourg dont la collaboration nous fut particulièrement précieuse.

On trouvera dans les 80 pages et les multiples tableaux de la thèse de l'un de nous, le détail des déterminations dont nous n'énumérons que les conclusions.

I. *En ce qui concerne les érythèmes précoces des chimiothérapies.*

L'exploration des émonctoires affirmait *l'absence de lésions rénales apparentes.*

Par contre, une urobilinurie constante et très accusée dans la moitié des cas, une hyperglycémie provoquée légèrement prolongée, une hypocholestérinémie franche et constante, une très légère accentuation de l'azotémie résiduelle et un abaissement du rapport AZ uréique/AZ total plaidaient en faveur *d'un fonctionnement hépatique défectueux.*

Malgré l'absence d'œdème, il existait une hydrophilie tissulaire exagérée, affirmée par la réduction considérable du test de Mac Clure. Il faut en rapprocher les signes de dystonie neuro-végétative et notamment une *éosinophilie* légère dans 9 cas, comprise entre 5 et 11 o/o dans 6 cas, atteignant 18 o/o dans le dernier cas.

L'hémogramme montrait, en outre, *une hyperleucocytose* (moyenne 10.133) à type de *polynucléose* (moyenne 74 o/o). Mais bien que cette perturbation hématologique accompagnât un clocher fébrile, dans aucun cas, ni l'examen clinique, ni l'hémoculture, ne mirent en évidence, une infection surajoutée.

En ce qui concerne *le métabolisme du médicament*, nous avons constaté après *l'apparition de l'érythème* des taux particulièrement *bas* par rapport à la posologie administrée. En 1940, avec Paget, le hasard de dosages systématiques, lors de cures sulfamidées massives, nous avait révélé une *hyperconcentration prééruptive* et une chute dès l'apparition de l'érythème, que Guidoux a également retrouvé par des dosages systématiques chez un malade qui présenta un érythème précoce de l'arsénothérapie.

II. *En ce qui concerne les malades atteints d'érythrodermies postchimiothérapiques.*

Malgré l'oligurie, on ne décela que deux fois une légère albuminurie et une seule fois des cylindres, après une anurie transitoire dans un cas. Une élimination moyenne de 60 o/o de la P. S. P. traduit un état fonctionnel suffisant des reins.

Par contre le déficit hépatique apparaissait considérable, un subictère ne fut noté que dans 2 cas, cependant l'atteinte de la fonction biliaire était affirmée par la quasi constance et la persistance de l'urobilinurie. L'atteinte glycorégulatrice était légère, mais par contre la fonction protéolytique apparaissait fortement perturbée, car si la valeur moyenne de l'AZ total était à peine augmenté à 0,34 o/oo par contre la valeur moyenne de l'AZ uréique tombait à 0,15 o/oo et le rapport de AZ uréique/AZ total chutait à 0,45

Or les travaux de Fiessinger ont bien montré que l'abaissement de ce rapport normalement égal à 0,8, traduisait l'insuffisance uréopoïétique du foie et représentait un des meilleurs tests actuels de l'insuffisance hépatique.

Enfin signalons *l'hypocholestérinémie* constante de ces malades avec une valeur moyenne de 1,23 qui explique sans doute en partie leur moindre résistance à l'infection.

Le sens de l'hémogramme de ces malades, était particulièrement *net.* 2 particularités sont à retenir :

1° L'*éosinophilie* constante avait un taux moyen de 18 o/o au cours de 60 déterminations, mais dans 11 cas, elle dépassait 11 o/o et atteignait 50 à 59 o/o chez 2 malades. Des déterminations systématiques nous permettent d'affirmer les variations parallèles de la rubéfaction et du prurit, nettement en rapport avec la dystonie neuro-végétative de ces malades.

2° Mais d'autre part, il existait une anémie marquée mettant en relief, une *hyperleucocytose* nettement affirmée par un taux moyen de 20.200 dépassant 6 fois 30.000 éléments et atteignant 49.900 dans un cas.

La *polynucléose* était toujours très nette (moyenne 80 o/o) souvent très accusée,

atteignant 95 o/o dans une observation. Il faut interpréter avec beaucoup de circonspection le résultat *des hémocultures* pratiquées, avec grandes difficultés à travers la peau infiltrée et infectée des érythrodermiques. Nous considérons comme des souillures le développement de staphylocoques blancs, de protéus vulgaris, de bacilles cutis commune et diphtérimorphe. Mais dans 3 observations sur 17, l'Institut Pasteur de Lille mit cependant en évidence un streptocoque viridans, à culture tardive et pure.

L'étude du métabolisme des médicaments apporte quelques données intéressantes. Même plusieurs semaines après interruption de la cure arsenico-bismuthique, Merville et Mme Bizerte trouvèrent des teneurs appréciables en arsenic (5 à 7 mgr. 5) et en bismuth (de 3 mgr. 87 à 9 mgr. 75 o/oo).

La bismuthomyélie se révélait 5 fois supérieure à la bismuthémie dans un cas.

Enfin, chez deux malades ayant succombé à leur érythrodermie, Mme Bizerte put doser le bismuth et l'arsenic de leurs viscères. Plusieurs semaines après l'interruption de leur chimiothérapie, elle trouvait des teneurs inférieures à celles du sang dans tous les viscères sauf dans le foie, où elle enregistrait des doses très importantes de 15 mgr. 68 et 45 mgr. 44 de bismuth et de 13 mgr. 28 d'arsenic.

Dans une observation, il existait des lésions de néphrite tubulaire et la teneur du rein l'emportait sur celle du cerveau; il en était de même au niveau du poumon de l'autre malade, où l'on décelait des lésions d'alvéolité macrophagique.

Les concentrations tissulaires paraissent donc d'autant plus élevées que les lésions viscérales sont plus accentuées.

Et ceci va être confirmé par les constatations histologiques faites au niveau du foie de ces 2 malades par le Pr Driessens.

Dans un cas, il nota un gonflement des cellules de Kupfer avec dégénérescence parcellaire. Dans l'autre, des lésions de nécrose massive, absolument identiques à celles des intoxications suraiguës par le chloroforme. Il faut ajouter que ce dernier malade avait mal toléré une cure sulfamidée et que l'on trouvait également 65 milligrammes o/oo de sulfamides par kilogramme au niveau du foie, avec une acétylation de 45 mgr. 5.

La part du toxique était donc considérable chez ces malades qui présentaient par ailleurs des stigmates hématologiques d'infection et une déchéance hépatique particulièrement accusée.

III. Ces dernières constatations ont d'autant plus de valeur qu'elles ont été faites non seulement au cours d'érythrodermies secondaires à des chimiothérapies variées (avant tout arsenico-bismuthique (25 cas), mais aussi auriques (3), sulfamidiques (1) et iodée (1) mais encore au cours de 10 *érythrodermies primitives.*

Nous avons trouvé *la même intégrité rénale et la même insuffisance hépatique* attestée surtout par l'urobilinurie et l'abaissement à 0,58 de la valeur moyenne du rapport AZ uréique/AZ total, cependant que la cholestérinémie ne dépassait pas 1 gr. 07. Cette déchéance est peut-être moins accusée que dans l'érythrodermie post-arsénobenzolique.

Le syndrome hématologique est encore fait d'anémie, d'hyperleucocytose, avec polynucléose et éosinophilie dont les anomalies sont de même sens mais de moindre acuité que dans les érythrodermies post-chimiothérapiques.

Ces déterminations prêteraient à de nombreuses considérations dont nous nous abstenons volontairement. On nous permettra cependant de mettre l'accent sur 3 d'entre elles :

1° *L'anomalie du métabolisme médicamenteux, avec hyperconcentration sanguine et surtout tissulaire avec grosse pexie hépatique;*

2° L'accentuation de plus en plus nette des *variations hématologiques de même sens (éosinophilie, hyperleucocytose* et *polynucléose*), au cours des érythèmes précoces et des érythrodermies primitives ou secondaires:

3° Et surtout la démonstration d'un *déficit hépatique* aussi bien chez les malades atteints d'incidents précoces que chez ceux atteints d'accidents tardifs. Les chiffres traduisent une déchéance de plus en plus accusée surtout dans les érythrodermies post-chimiothérapiques.

Cette gradation dans la déchéance hépatique permet d'insister sur le rôle capital de cet organe dans la production des complications des chimiothérapies qui furent notées plus particulièrement chez des cholémiques, des femmes enceintes, des infectés ou des éthyliques dont l'insuffisance hépatique constitutionnelle, physiologique ou acquise était le plus souvent suspectée par l'anémnèse et l'examen clinique.

Résultats de traitement mixte arséno-bismuthique dans la syphilis récente, par A. Masure (de Saint-Brieuc).

Au moment où chaque syphiligraphe apporte la statistique des résultats sérologiques obtenus dans la syphilis récente aux divers traitements, nous croyons intéressant de publier la nôtre qui concerne des malades traités par le traitement mixte conjugué novarséno-bismuthique tel qu'il a été codifié par le Pr Sézary.

1° Hôpital maritime de Brest 1935-1940.

250 syphilis primaires : Vernes : négatif et Meinicke : négatif après une série arséno-bismuthique dans tous les cas.

100 syphilis secondaires : Vernes : négatif et Meinicke : négatif, après une première série dans 80 o/o au moins des cas, après une deuxième série dans 100 o/o.

2° Hôpital de Saint-Brieuc et Clientèle :

10 syphilis primaires : Hecht : négatif après une première série dans tous les cas.

40 syphilis secondaires : Hecht : négatif après une première série dans 35 cas, et après une deuxième série dans tous les autres cas.

Passif : aucun décès, 4 érythrodermies arsenicales, 1 purpura, nombreuses stomatites bismuthiques, plus fréquentes chez les femmes que chez les hommes.

Eruption bulleuse des membres, secondaire à une streptococcie du visage, par M. F. Phipps (Quimper).

La malade qui fait l'objet de cette observation, jeune femme d'une trentaine d'années, vint me consulter en juillet 1946, pour une lésion circonscrite, érosive, à surface suintante et recouverte de croûtelles jaunâtres sur ses bords : c'était une plaque d'épidermo-dermite streptococcique, qui siégeait sur le côté droit du front, juste au-dessus de l'arcade sourcilière et persistait depuis près de 3 mois, n'ayant reçu que des soins assez irréguliers, et mal dirigés. Je prescrivis le traitement local, habituel dans les streptococcies suintantes, mais, en raison sans doute de l'ancienneté de la lésion et de son caractère en quelque sorte invétéré, cette plaque impétigineuse se montra rebelle aux antiseptiques, et une quinzaine de jours après le début de ces soins, le visage de la malade devint brusquement le siège dans sa partie supérieure d'une dermite œdémateuse rouge et suintante, couvrant en nappe le front, le nez, les régions palpébrales et malaires et semée par places de croûtes grasses, mélicériques ; en outre, la plaque impétigineuse initiale s'était élargie et suintait à nouveau abondamment.

On tenta alors un traitement par la pénicilline et pendant 48 heures il fut injecté chaque jour 200.000 U. de pénicilline; cette thérapeutique, non seulement fut sans effet, mais au cours même de son application apparut, aux membres supérieurs et inférieurs, l'éruption dont nous allons maintenant parler. Elle était faite de vésicules disséminées surtout sur la partie inférieure des avant-bras et des jambes, ainsi qu'à la face dorsale des mains et des pieds, vésicules augmentant progressivement de volume pour aboutir à des bulles du volume d'une fève ; ces éléments bulleux, reposaient sur une base légèrement érythémateuse ; leur liquide était clair et ne montrait, sur frottis, ni éléments cellulaires, ni germes microbiens ; l'éosinophilie sanguine était sensiblement normale (3 o/o) de telle sorte que la question d'une dermatite de Dühring-Brocq ne se posait pas ; aux poignets et aux mains, ainsi qu'aux chevilles se voyait un peu d'œdème inflammatoire. Il y avait un prurit très vif, mais l'état général n'était en rien touché et le thermomètre n'accusait qu'une très légère élévation de température ne dépassant guère 37°6.

Une thérapeutique sulfamidée par voie buccale fut instituée et en l'espace de quelques jours l'éruption bulleuse se flétrit en même temps que disparaissait l'œdème,

mais la dermite suintante du visage ainsi que la plaque impétigineuse du front persistèrent encore longtemps, ne disparaissant que lentement après avoir subi par intermittences des reprises d'activité inflammatoire aiguë.

L'intérêt de cette observation réside dans l'interprétation à donner à cette éruption bulleuse transitoire des membres, apparaissant comme manifestation secondaire au cours d'une streptococcie trainante du visage. Faut-il y voir un phénomène biotropique, une éruption microbienne streptococcique déclanchée par les injections de pénicilline, par biotropisme direct et réalisant cliniquement un impétigo bulleux analogue au pemphigus épidémique des nourrissons ? Faut-il y voir, au contraire, une simple réaction seconde non microbienne, c'est-à-dire une éruption toxinique dans un organisme sensibilisé par la longue persistance antérieure de la plaque impétigineuse du front, véritable chancre streptococcique d'inoculation, à partir duquel purent diffuser pendant un temps prolongé, les toxines microbiennes ? En faveur de cette dernière interprétation, on pourrait faire valoir le caractère transitoire de cette poussée bulleuse des membres qui se comporta en explosion éruptive éphémère et guérit en peu de temps, alors que continuèrent d'évoluer pendant longtemps encore les lésions nettement microbiennes du visage.

ÉLECTIONS

Sont élus membres titulaires : M. B. Piguet, présenté par MM. Gougerot et Coste; M. P. Garric, présenté par MM. Nanta et Gadrat.

Sont élus membres adjoints : M. P. Jeandidier, présenté par MM. Pautrier et Watrin; M. J. Neurrisse, présenté par MM. Degos et Carteaud; M. F. Cohen, présenté par MM. Gaté et Pautrier.

Le Secrétaire de Séance :

M. Ducourtioux.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE FILIALE LYONNAISE

SÉANCE DU VENDREDI 17 JANVIER 1947

Président : Professeur Gaté.

SOMMAIRE

Pityriasis rosé de Gibert atypique, par M. J. Gaté.

L'A. rapporte l'observation d'un jeune homme de 16 ans, qui sur le vu d'une éruption localisée au thorax et à la racine des membres, d'une soi-disant exulcération à la face interne des deux joues, de céphalées, d'une micropolyadénopathie et d'une albuminurie récente avec pigments biliaires dans les urines, lui était adressé pour une syphilis secondaire probable. Les céphalées en réalité n'avaient pas le caractère vespéral et nocturne qu'elles présentent dans cette infection. La micropolyadénopathie était évidente au cou et dans les aînes; mais il n'y avait pas de ganglions sus-épitrochléens et on ne retrouvait nulle part ni la notion, ni le reliquat, ni l'adénopathie syphiloïde satellite d'un accident primaire. Les lésions constatées à la face interne des deux joues représentaient les orifices des canaux de Sténon légèrement congestionnés. Enfin, et surtout l'éruption ne ressemblait nullement à une roséole précoce et si beaucoup d'éléments érythémato-squameux n'avaient pas par leur multiplicité, leur polymorphisme, leur caractère atypique, l'aspect objectif et la forme des éléments du pityriasis rosé, on retrouvait en certains points, notamment aux aînes, des médaillons caractéristiques, et l'on avait de plus par l'interrogatoire la notion d'un médaillon initial antérieur sur la poitrine. Tout ceci joint à l'intégrité de la face, à l'absence de prurit, firent poser le diagnostic de pityriasis rosé de Gibert. La sérologie fut d'ailleurs négative pour le Wassermann, le Kahn et le Meinicke. On doit retenir dans ce cas la micropolyadénopathie, l'albuminurie et les céphalées sans fièvre d'ailleurs, qui ne se voient pas dans le pityriasis rosé et qui dans ce cas apportent peut-être un élément en faveur de l'origine infectieuse de cette dermatose à évolution cyclique et qui ne récidive pas.

Tumeur lymphodermique cutanée isolée, par MM. J. Gaté, Delore, J. Coudert et Mlle Lanternier.

Religieuse de 36 ans présentant à la face externe de la cuisse droite un placard dermique évoluant lentement depuis 5 ans, atteignant 15 centimètres de diamètre, un centimètre d'épaisseur, surélevé, indolore, rouge ocre. Examen clinique négatif. V. S. à 30 o/o. Formule sanguine normale, mais le myélogramme accuse une plasmocytose à 5 o/o et les éléments mononucléés représentent 30 o/o de la formule. La biopsie montre dans un réticulum d'irritation, une infiltration homogène par des cellules à type de lymphogonies.

Pyodermite végétante de Hallopeau ancienne, arrivée à une phase ulcéreuse et nécrotique, par MM. J. Gaté, P. Bondet et Mlle Lanternier.

Malade soignée depuis 1944 pour une pyodermite végétante au niveau de la malléole externe gauche ayant résisté aux traitements habituels. Une sympathectomie péri-fémorale n'amène aucun résultat si ce n'est une diminution à peine sensible du

volume des lésions. A signaler que la malade a fait sur la cicatrice opératoire une lésion de pyodermite végétante. Ces lésions ont évolué pendant 6 mois malgré les thérapeutiques locales. Subitement, il y a 3 mois, la malade a vu se réaliser très rapidement, en partant des lésions initiales, de vastes placards ulcéro-nécrotiques qui sont allés s'étendant, et couvrent actuellement presque en totalité les membres inférieurs, la paroi abdominale inférieure, les régions lombaires et la fesse droite. Ces placards évoluent par la périphérie qui est constituée par une bordure nécrotique noirâtre. Il est à remarquer que sur ces placards, il existe certaines zones cicatricielles, mais que sur ces cicatrices se développent en des points isolés des ostiofolliculites. État général satisfaisant, cependant température oscillant entre 38° et 39°.

Les injections locales de novocaïne comme traitement d'appoint dans la thérapeutique des ulcères variqueux, par M. P. Bondet et Mlle J. Lanternier (Travail de la Clinique Dermatologique de l'Antiquaille, Pr J. Gaté).

L'infiltration sous-lésionnelle d'une solution de novocaïne à 1 o/o tous les deux jours, à la dose de 10 à 20 ou 30 centimètres cubes, nous a donné comme traitement adjuvant des ulcères de jambe des résultats très satisfaisants. Nous réservons cette thérapeutique adjuvante aux ulcères variqueux de petite ou moyenne dimension, siégeant dans les régions malléolaires, qui sont souvent très douloureux et sans tendance à se cicatriser. Les infiltrations sous-lésionnelles de novocaïne :

1° font disparaître rapidement et définitivement les douleurs souvent très vives de ces ulcères;

2° provoquent un bourgeonnement rapide de l'ulcération.

Ce traitement vient en aide de façon efficace au traitement dit ambulatoire et n'exclut pas la mise à plat des rebords épaissis calleux à la curette, lorsqu'ils existent et constituent une gène à l'épidermisation. Cette technique nous paraît beaucoup plus simple à appliquer qu'une infiltration lombaire et les résultats nous semblent plus nets et plus constants.

Elimination de la pénicilline après administration orale chez l'enfant, par M. J. Pellerat et Mlle Murat (Travail de la Clinique Dermatologique de l'Antiquaille, Pr J. Gaté).

Les A. anglo-saxons ont signalé la possibilité d'administrer la pénicilline par voie orale chez le jeune enfant, en arguant du fait que la teneur en acide du suc gastrique est beaucoup plus faible que chez l'adulte. Buchanan a montré que, chez le nourrisson, on obtient pour une même dose des pénicillinémies aussi élevées après administration buccale qu'après injections parentérales. Cet auteur préconise l'administration *per os* de 12.000 U. par kilogramme et par jour.

Nous avons étudié l'élimination de la pénicilline sur des urines émises au cours des trois premières heures après administration orale d'une dose de 2.000 U. par kilogramme de poids, chez 16 enfants dont l'âge variait de 2 mois à 3 ans 1/2. Nous avons noté que pour obtenir un anneau de Heatley correspondant à une goutte de pénicilline à une unité par centimètre cube, l'urine doit être d'autant plus diluée que l'enfant est plus jeune (1/100e à 2 mois à urine peu diluée à 3 ans).

Ces données montrent que la pénicilline est d'autant moins détruite après administration buccale que l'enfant est plus jeune. Elles justifient ce mode d'emploi chez le nourrisson au cours des 6 premiers mois de la vie et le contre-indiquent à un âge plus avancé.

Absence d'action de la pénicilline G sur la corne utérine du cobaye, par M. J. Pellerat et Mlle Murat (Travail de la Clinique Dermatologique de l'Antiquaille, Pr. J. Gaté).

Nous avons signalé antérieurement (1) que les pénicillines commerciales habituelles (pénicilline brune) exerçaient sur la corne utérine du cobaye *in vitro* une

(1) *Ann. Derm. Syph.*, 1946, n° 56, p. 363.

action contracturante à la dose de c U. 5 par centimètre cube et qu'on trouvait peut-être dans ce fait l'explication des accidents d'ordre gynécologique rencontrés parfois au cours de la pénicillinothérapie (avortement, douleurs...). Les mêmes essais ont été repris avec la pénicilline G (spécilline G). Pour des concentrations élevées de l'ordre de 10 U. par centimètre cube, on ne note aucune action contracturante.

Ce fait négatif plaide en faveur de l'intérêt de cette variété de pénicilline, dans la mesure où l'on peut établir une relation entre une donnée expérimentale et l'observation clinique.

Deux cas de gale avec papules purpuriques et nécrotiques du fourreau et du scrotum, par MM. P. Cuilleret et J. Coudert (Travail de la Clinique Dermatologique de l'Antiquaille, Pr J. Gaté).

Un adulte et un vieillard atteints de gale évoluant normalement, sans infection secondaire, présentent une transformation nécrotique et hémorragique des papules scabiéiques siégeant sur l'abdomen, les cuisses et surtout sur les organes génitaux. Lésions scabiéiques banales dans les autres régions du corps. Pas de troubles de la crase sanguine. S'agit-il d'un phénomène d'hyperallergie locale aboutissant à la nécrose des tissus infiltrés ?

Balanite ulcéreuse et vermoulante d'étiologie imprécisée, par M. P. Cuilleret (Travail de la Clinique Dermatologique de l'Antiquaille. Pr J. Gaté).

Il s'agit d'un homme de 45 ans sans antécédents pathologiques particuliers. Pas de diabète. Pas de syphilis. La sérologie sanguine est complètement négative. Vu pour la première fois en septembre 1946, pour des ulcérations strictement localisées à la surface du gland sur un fond de balanite apparemment banale (prépuce long et libre). On constate l'existence de multiples ulcérations à contours géographiques, profondes, par endroits plusieurs millimètres, à bords nets, non décollés, douloureuses, apparues spontanément et ne s'accompagnant pas de réaction lymphatique. Ces lésions n'évoluent qu'à la surface du gland sans empiéter sur la muqueuse préputiale.

A l'examen direct des sécrétions purulentes : pas de fuso-spirilles, quelques rares chaînettes de streptocoques, examen confirmé par la culture.

Guérison par de simples attouchements au nitrate d'argent faible et poudrages sulfamidés.

Il persiste des cicatrices en creux.

Récidive quelques semaines après cette première poussée. Lésions identiques ulcéreuses du gland avec en plus une lésion papillomateuse apparue à la face interne de la lèvre gauche du méat. Même traitement et mêmes résultats.

Biopsie : 1° Lésions du gland : papillomatose banale avec infiltration assez dense de cellules inflammatoires et micro-abcès ouverts à l'extérieur ;

2° Lésions végétantes du méat : infiltration épidermique ; dans le derme infiltration très dense avec nodules tuberculoïdes noyés dans l'infiltration cellulaire où l'on distingue les cellules épithélioïdes ; quelques cellules géantes typiques, qui tendent en certains points à l'abcès avec cellules polynucléées.

On peut discuter la syphilis mais on pense plutôt à une tuberculose du gland à tendance nécrotique (Dr Massia).

Syphilis tertiaire du col utérin, par M. P. Cuilleret (Travail de la Clinique Dermatologique de l'Antiquaille. Pr J. Gaté).

Mme B..., 28 ans, est envoyée à la consultation de la Clinique en avril 1946 pour une hypertrophie du col utérin. Bonne santé habituelle. Une fausse-couche à 18 ans. Pas d'autre grossesse. Bon état général. Ce qui frappe de suite à l'examen au spéculum, c'est le volume véritablement énorme du col utérin qui est hypertrophié dans son ensemble ; la muqueuse qui saigne au moindre contact est erodée, un peu velvé-

tique, à peine végétante. L'exploration au doigt révèle la dureté massive du col, comparable à un bloc de pierre. Quelques sécrétions muco-purulentes à l'orifice cervical. Pas de ganglion pelvien de Clément-Simon. Aucun signe cutané ou muqueux de syphilis. Pas de ganglions inguinaux ou des autres territoires lymphatiques perceptibles. Rate normale.

Pas de gonocoques dans les sécrétions urétrales ou cervicales. Pas de tréponèmes dans la sérosité prélevée à la surface du col. On pourrait penser à un néoplasme mais : 1° la sérologie sanguine est très positive (Wassermann, Kahn et Meinicke) ; 2° *l'examen histologique* d'un fragment du col montre « qu'il s'agit d'une lésion uniquement inflammatoire, avec conservation des glandes qui sont même hypertrophiées ; infiltration plasmocytaire assez serrée ; syphilis probable ; pas de tréponèmes dans les coupes ».

On institue un traitement à l'hydroxyde de bismuth. A la suite d'une première série de 15 injections (2 par semaine), la sérologie sanguine est complètement négativée, le col, qui a diminué de volume et reste gros dans son ensemble, a perdu la dureté constatée au premier examen.

Statistique des cas de maladies vénériennes au cours des années 1945 et 1946, par M. P. Cuilleret.

Nous avons tenu à rapporter à la Société les chiffres de maladies vénériennes observées à la Clinique Dermatologique de l'Antiquaille (Pr J. Gaté) au cours des années 1945 et 1946. La statistique détaillée sera publiée dans la *Prophylaxie des maladies vénériennes*.

1° *Syphilis* (primaire et secondaire) :

en 1945 : 220 cas;
en 1946 : 198 cas dont 98 syphilis primaires (3 mixtes) (71 hommes et 27 femmes); 100 syphilis secondaires (38 hommes et 62 femmes).

Dans ces chiffres figurent pour 1946, 24 cas se rapportant à des prostituées (12 syphilis primaires et 12 syphilis secondaires).

2° *Blennorragie* :

en 1945 : 783 cas (322 hommes et 461 femmes, dont 358 prostituées).
en 1946 : 891 cas (560 hommes et 331 femmes, dont 161 prostituées).

3° *Chancrelle*.

en 1945 : 65 cas (30 hommes et 35 femmes).
en 1946 : 13 cas (9 hommes et 4 femmes).

4° *Maladie de Nicolas-Favre* :

en 1945 : 1 cas.
en 1946 : 3 cas (3 hommes).

Notons que au cours de l'année 1946, 185 prostituées ont été hospitalisées à la Clinique, par le Service Sanitaire, pour la plupart (161 blennorragies et 24 syphilis). Ces hospitalisations ont eu lieu pendant les trois premiers trimestres de l'année, l'application de la nouvelle législation sanitaire relative à la prostitution ayant été effective à partir du 16 octobre.

Le *Service Social* (Assistante-Chef : Mme Peissel) a inscrit au cours de l'année 1946, 403 nouveaux malades atteints de syphilis à différents degrés. 466 malades ayant interrompu leur traitement l'ont repris après un ou plusieurs rappels; 439 personnes ont été amenées aux consultations pour dépistage ou traitement.

Mélanose de Riehl chez une femme manipulant des huiles de graissage et atteinte de pancréatite par lithiase vésiculaire, par MM. Savy, H. Thiers et Blondet.

La malade est une ouvrière manipulant des huiles de graissage et présentant de l'élaïokoniose des mains et des avant-bras et une mélanose dont la pigmentation frappe les bras et le visage ; en plus nourriture insuffisante car constituée à peu près

exclusivement par les seules rations officielles. Au cours de l'évolution de la mélanose, elle présente une pancréatite, avec crises de violentes douleurs sous-costales gauches, nausées et soudain amaigrissement de 15 kilogrammes. Épreuve de Trémolières 29 o/o. Guérison par infiltration splanchnique gauche. Lithiase vésiculaire à la radiographie sans anomalie gastro-duodénale. Antérieurement à la crise pancréatique, la mélanose avait été améliorée par un régime riche en graisse et en viande. Cette observation semble montrer la multiplicité des étiologies de la mélanose de Riehl : carence alimentaire, manipulation des huiles minérales, facteur hépato-pancréatique.

Mélanose de Riehl liée à l'utilisation d'un savon avec incorporation d'huile minérale, par MM. H. Thiers, J. Racouchot et Chassagnon.

Femme, présentant une mélanose de Riehl un peu atypique par la diffusion à toute la face y compris le nez. Aucune étiologie carencielle. Mais la malade a utilisé pendant un an un savon de sa fabrication où elle avait incorporé de l'huile minérale croyant le rendre plus gras.

Deux cas d'érythrodermie médicamenteuse traitée par la pénicilline, par MM. H. Thiers J. Racouchot et Chassagnon.

Le traitement pénicilline (5 millions d'unités à la dose de 100.000 par jour) a entraîné une amélioration lente et progressive d'une érythrodermie bismuthique sulfamido-résistante et d'une érythrodermie novarsénobenzolique. La guérison a été complète.

Action de la vitamine E dans les prurits périnéaux et anaux, par MM. H. Thiers, J. Racouchot et Chassagnon.

La vitamine E est donnée *per os* (0,015 par jour pendant 10 jours) et en application locale de la solution huileuse. Les résultats sont variables et souvent décevants; mais environ 20 o/o des malades sont remarquablement améliorés sans que les rechutes, d'ailleurs vitamino-sensibles, soient évitées. Il semble aux auteurs que la vitamine E dont le pouvoir tonique général est souvent remarquable, agisse surtout chez les sujets dont le prurit s'accompagne d'un contexte dépressif.

Traitement des crampes musculaires des variqueux par la riboflavine, par MM. H. Thiers, J. Racouchot et Chassagnon.

Les douleurs nocturnes des variqueux, qui ne sont pas liées à de la cellulite périveineuse ou diffuse et relèvent de crampes du mollet ou des pieds, cèdent à peu près régulièrement à l'administration de Riboflavine à la dose de 3 comprimés de 0,003 ingérés au repas du soir et en se couchant, dans le cas de crampes nocturnes.

Lupus tuberculeux du visage chez une malade porteuse de nodules de Simmons. Action comparée du traitement de Charpy et de la radiothérapie anti-inflammatoire de ces nodules, par MM. H. Thiers, J. Racouchot et Chassagnon.

Chez cette jeune malade, aux grossesses se succédant sans interruption, le traitement de Charpy, associé à la vitamine C, a ralenti l'évolution du lupus; la radiothérapie anti-inflammatoire a eu le même pouvoir stabilisateur; ni l'un ni l'autre n'ont été curateurs.

Erythème centrifuge papuleux au cours d'un rhumatisme subaigu d'allure infectieuse. Positivité de l'intradermo-réaction au produit de broyage des palpules; son activité thérapeutique, par MM. H. THIERS, J. RACOUCHOT et CHASSAGNON.

L'éruption répond à celle décrite par Brocq comme « érythème centrifuge nodulaire », mais les nodules dermo-épidermiques sont remplacés par des papules fermes, un peu infiltrées, ressemblant à celles du granulome annulaire. Apparition au cours d'un rhumatisme subaigu récidivant d'allure infectieuse. *Biopsie* : état inflammatoire sans nodules d'Aschoff. D'autre part, 1° le produit de broyage d'une papule donne en injection intradermique une intradermo-réaction fortement positive, durant plusieurs jours, avec réaction fébrile sans réactivation articulaire ou cutanée; 2° la répétition de ces injections intradermiques n'atténue pas l'intensité de la réaction cutanée; elle entraîne non pas la guérison mais l'atténuation de l'intensité des fluxions rhumatismales et une reprise de l'état général.

Hydarthrose syphilitique du genou et fracture spontanée du radius, par MM. P. RAVAULT et J. GALLET.

Femme de 59 ans. Apparition d'une hydarthrose inflammatoire du genou gauche en conclusion d'une série de poussées douloureuses récidivantes du genou et d'autres jointures. Ancienne fracture spontanée du radius consolidée. Pas d'antécédents ni de signes cliniques de syphilis. Sérologie très positive. Guérison par le traitement antisyphilitique.

Les résultats d'un an de fermeture des maisons de tolérance à Saint-Etienne, par M. J. DUVERNE (de St-Etienne).

La fermeture des maisons de tolérance qui fut décrétée quelques mois plus tard dans toute la France a été effective à Saint-Étienne le 1er janvier 1946. On supprima en même temps les « cartes » et le contrôle sanitaire des femmes en carte ainsi que la police des mœurs et, m'a-t-on dit, ses fichiers.

Il est inutile d'épiloguer longuement sur les buts poursuivis officiellement ou réellement. Voyons tout d'abord les résultats sanitaires : les syphilis primaires et secondaires avaient régulièrement décru depuis 15 ans dans la Loire, département où le contrôle sanitaire et la lutte antivénérienne étaient sans reproches. La courbe progressivement descendante n'avait subi que deux crochets ascendants en 1940 et 1942 à des périodes où les événements n'avaient pas permis de lutter aussi efficacement. Mais la courbe avait repris une allure nettement descendante et l'on n'enregistrait en 1945, malgré les transports de la libération et de la fin de la guerre, qu'une soixantaine de cas de syphilis primaires et secondaires à Saint-Étienne. En 1946, alors que le calme est revenu, que beaucoup de militaires ont quitté l'uniforme ou la ville, nous en avons au moins 60 o/o.

Le fait est brutal et il n'est pas question de faire dire à une statistique ce qui est nécessaire à la défense d'un principe ou d'une idée, fut-elle particulièrement morale ou amorale !

Continuons l'examen objectif des faits. La suppression des maisons de tolérance en est un, à condition toutefois de s'entendre sur les définitions. Il est peut-être plus exact de dire que la prostitution réglementée et tolérée est supprimée, mais que l'on a permis l'adoption d'un système de « clandestinité tolérée ». Toutes ou presque toutes les maisons de tolérance que l'on devait utiliser à des fins louables et particulièrement sociales, ne sont-elles pas devenues des bars plus ou moins élégants et mondains, qui servent de façade à des lieux plus discrets et voisins, où l'on ne refuse rien aux clients ? Mais fait plus grave, c'est que bien des bars ou dancings, nettement moins différenciés avant la fermeture des maisons, se sont mis, suivant la loi bien connue de l'offre et de la demande, à procurer à leurs clients les facilités que ceux-ci rencontraient à la maison de tolérance : en témoigne

le nombre important de bonnes et de serveuses de bar ou de café contaminatrices ou contaminées au cours de l'année écoulée.

Il est presque inutile d'ajouter à ce bilan que le racolage et la prostitution clandestine n'ont certes pas diminué. Le racolage existe en effet sur une grande échelle non seulement dans les bars et les cafés, mais également au dehors sur les routes et à la sortie de certaines usines ou de certains ateliers : la prostitution clandestine en est la conséquence logique et rigoureuse. Quant au proxénétisme, il n'a guère eu qu'à changer d'étiquette ou de « raison sociale ».

Seules ont disparu les prostituées autrefois tolérées et cataloguées, et il est assez exceptionnel d'en retrouver une soit à la prison, soit aux dispensaires où elle est amenée par le Service Social à qui elle a été signalée comme agent contaminateur. Est-ce à dire que l'on a éloigné de la prostitution un certain nombre de ces femmes qui s'y trouvaient maintenues contre leur gré et qu'on leur a rendu la liberté en même temps qu'on essayait de leur faire retrouver le sens d'une dignité ? Je ne puis le croire, puisque rien n'a été tenté dans le sens du relèvement et que les femmes ont pu quitter les maisons comme elles l'entendaient, sans que l'on s'occupât de savoir ce qu'elles devenaient.

En somme, les résultats pour la Loire, après un an de fermeture des maisons, peuvent se résumer ainsi :

— suppression du contrôle médical et policier qui dans notre département étaient l'un et l'autre satisfaisants;

— changement d'étiquette des maisons de tolérance;

— augmentation du racolage et de la prostitution clandestine qui se sont pour ainsi dire vulgarisés;

— disparition des prostituées connues sans qu'aucune tentative de rééducation ait été entreprise;

— mais surtout augmentation des syphilis primo-secondaires de 60 o/o environ.

Je vous laisse le soin de tirer les conclusions que je m'en voudrais de vous suggérer. Tout au plus me permettrais-je d'ajouter aux faits quelques réflexions toutes personnelles.

Et tout d'abord, le centre même de la question de la prostitution réside-t-il dans l'existence ou la suppression de maisons de tolérance ? En dehors de toute question sanitaire, tant qu'il reste des prostituées et que leur clientèle est florissante, on ne fait en supprimant les maisons, que reculer le problème et essayer de se tranquilliser en croyant que la morale est satisfaite. N'aurait-il pas mieux valu qu'une éducation morale et sexuelle bien faite, qu'une pratique des sports mieux comprise permissent d'éloigner spontanément des maisons une clientèle que l'on se contente de détourner sur des conquêtes aussi et plus faciles, et beaucoup plus dangereuses puisque non surveillées ?

Le point de vue sanitaire a aussi un certain intérêt. On a beaucoup décrié le contrôle sanitaire en fournissant contre lui des arguments spécieux. Or, il était indéniablement efficace lorsqu'il était bien fait, dans des grandes villes, par des spécialistes compétents, et l'augmentation des maladies vénériennes après sa suppression ou lorsqu'il fut entravé — pendant l'occupation — en est la meilleure preuve. Les contaminations venues des maisons étaient rares et leur source rapidement tarie, puisque la moindre suspicion permettait la mise en observation, quand elle paraissait nécessaire, au médecin averti.

L'intérêt sanitaire de ce contrôle, qui ressort des chiffres est-il vraiment contrebalancé par l'atteinte à leur dignité de femmes imposée aux prostituées par ce contrôle systématique ? Cet argument tient-il vraiment devant le danger représenté par des femmes non examinées et se livrant, sans souci personnel de leur dignité, à la prostitution clandestine, comme ces deux femmes dont le cas m'est rapporté aujourd'hui même qui, dans un « gourbi » clandestin, ont « passé » 70 nord-africains dans une journée ?

A la question du contrôle sanitaire se rattache celle du contrôle policier. Qu'il dût être modifié, assoupli et amélioré en nombre de cas, c'est certain ! Mais sa suppression radicale était-elle souhaitable ? Pense-t-on vraiment que des assistantes

sociales de police puissent, sans danger, pénétrer dans tous les milieux et aller au delà de certaines tâches, telles que la lutte contre le racolage évident et le relèvement de certaines égarées ? Et en attendant leur arrivée toujours différée, on ne peut obtenir l'examen d'un agent contaminateur récalcitrant que par l'intermédiaire de la Direction de la Santé, un arrêt du Préfet et une action plus ou moins judicieuse d'une police non spécialisée : que de contaminations entre temps !

Le fichier de la police des mœurs, nous a-t-on promis, doit être remplacé par un fichier sanitaire et social permettant d'établir une liste de personnes se livrant notoirement à la prostitution clandestine ou signalées comme agents contaminateurs récalcitrants aux examens et au traitement. Puisse ce projet être mis rapidement à exécution et permettre d'étiqueter certaines catégories de malades susceptibles de provoquer des épidémies massives. Celles-ci feraient durement sentir qu'avant de se livrer à des polémiques et de détruire un système imparfait mais peut-être utile, il fallait d'abord construire en sachant ce que l'on voulait construire et poursuivre des buts définis et réalisables en ayant soin d'en écarter tout ce qui était chimérique, car idéal et santé publique ne se calquent pas toujours de façon absolue.

Un cas de gale discrète avec papules purpuriques et nécrotiques du fourreau et du scrotum, par M. L. Olivier.

H... Albert, présente depuis le 15 novembre 1946 une papule du fourreau recouverte d'une petite escharre superficielle mais adhérente de 3 millimètres de diamètre. Pas d'adénopathie. Pas de prurit. Pas d'autres lésions cutanées décelables. Examen général négatif.

Le 27 novembre, lésions cicatrisées, le malade se croit guéri.

Le 4 décembre, deux nouveaux éléments sont apparus, l'un identique à la lésion antérieure, l'autre présente une zone purpurique qui se nécrosera ultérieurement.

Le 12 décembre, trois nouveaux éléments sur les bourses.

On découvre alors un unique et minuscule sillon au poignet droit et le malade interrogé à nouveau nous apprend que sa femme, qu'il n'a pas vue depuis plusieurs semaines, souffre de démangeaisons apparues ces derniers jours.

Traitement classique au benzoate de benzyle. Guérison.

Ulcérations multiples et importantes de toute la région dorsale à allure tuberculoïde évoluant sur terrain acnéique. Tuberculides ? Staphylococcie ? Discussion du diagnostic, par MM. P. J. Michel et F. Deyrieux.

Les A. rapportent l'observation d'une femme de 43 ans porteuse de lésions ulcéreuses multiples et de grandes dimensions évoluant depuis quelques mois dans toute la région dorsale sur un tégument constellé de cicatrices d'acné juvénile anciennes. Allure très tuberculoïde des lésions avec bords très décollés. Malgré l'absence de tout critère histologique confirmatif, de tout antécédent et de tout signe actuel de tuberculose, les A. cependant inclinent vers le diagnostic de tuberculides ulcéreuses rappelant ce qui a été décrit sous le terme impropre d'ecthyma cérébrant des scrofuleux. Échec du traitement de Charpy et d'une série de muthanol. Cicatrisation obtenue par chlorure de zinc et antiseptiques variés. Discrète récidive récente. Coexistence d'une sérologie syphilitique positive.

Cyanose intense généralisée survenue chez un nourrisson après une application excessive d'exoseptoplix sur des lésions de pemphigus épidémique grave et extensif, par MM. J. Savoye et P. J. Michel.

Les A. ont observé, chez un jeune nourrisson de 15 jours, atteint d'un pemphigus épidémique grave ayant fait craindre un début de maladie de Ritter, une cyanose généralisée sans dyspnée ni affection pulmonaire quelconque, apparue au lendemain d'une application intempestive de poudre d'exoseptoplix sur une vaste surface mise à nue par l'ouverture d'une phlyctène. Température subfébrile. Guérison du pem-

phigus par la pénicilline. Rétrocession assez rapide de la cyanose en quelques jours. Les A. estiment qu'il s'est agi d'origine sulfamidée en rapport avec les grosses doses d'exoseptoplix appliqué sur les lésions (3 flacons poudreurs de 10 grammes petit modèle en moins de 24 heures).

Lichen albus du fourreau de la verge ; ecchymoses et bulles intermittentes, par M. H. Juvin (de Grenoble).

Z..., 36 ans, maçon, tuberculeux pulmonaire évolutif ; apparition depuis un an de taches nacrées, des dimensions d'une lentille, lichénoïdes, atrophiques avec légère infiltration, sur le fourreau et le gland. Pas de prurit. En outre, au voisinage du frein, placard purpurique sur lequel surviennent de temps à autre des bulles flasques, peu nombreuses (1 à 2), indolores, contenant un liquide clair, dont la cytologie est banale.

Pas de lésion buccale.

Échec total des divers traitements (sels d'or d'ailleurs mal tolérés, traitement de Charpy, Stovarsol).

Biopsie en bordure d'une bulle : épiderme normal. Derme très légèrement infiltré de cellules uniquement conjonctives. Pas d'inflammation vraie. Dans les papilles, des vaisseaux hypertrophiés pénètrent verticalement et sont dilatés ; on ne voit pas de lésion purpurique ; simple lésion à tendance angiomateuse. Lichen *albus* probable (Dr Massia).

Onyxis et périonyxis avec lésions osseuses chez un syphilitique non traité, par M. H. Juvin (de Grenoble).

F..., 32 ans, pointeur, a été envoyé à l'hôpital pour onyxis et périonixys évoluant depuis 6 mois, remarquables par leur indolence puisque le travail n'a jamais été arrêté jusqu'à l'entrée à l'hôpital.

Les lésions débutaient par une hyperkératose sous-unguéale avec gonflement rouge sombre du doigt, puis suppuraient et aboutissaient à une ulcération en godet, atone et suppurante ; finalement, élimination d'esquilles et persistance d'une fistule suppurante. Ceux-ci ont été touchés successivement en 6 mois, le 5e orteil gauche, puis le médius gauche, les 2e et 3e doigts droits, enfin le gros orteil droit (à la fin du traitement spécifique). Les radiographies montrent une atteinte indéniable de la phalangette.

Pas d'adénopathie. Examen général négatif (pas d'analgésie, pas de signes d'affection vasculaire ou nerveuse, pas de signe de maladie de Hansen). Éthylisme accentué.

Dans les antécédents : syphilis en 1939 traitée seulement par 2 séries de novar. Aucun signe actuel de syphilis évolutive : Bordet-Wassermann négatif à trois reprises. Un traitement intensif comprenant, novar, bismuth et iodure de potassium n'a amené aucune amélioration et n'a pas enrayé l'atteinte du gros orteil droit. Les lésions paraissent s'améliorer depuis l'utilisation de la pénicilline.

En résumé, lésions ulcéreuses avec atteinte osseuse, auxquelles on ne trouve d'autre étiologie que la syphilis; et cependant sérologie négative, absence de tout autre signe de syphilis; influence nulle d'un traitement intensif poursuivi pendant 2 mois.

Le Secrétaire-Général :
Dr P. Cuilleret.

Le gérant : G. Masson.

DÉPÔT LÉGAL : 1947, 2e TRIMESTRE, No D'ORDRE 353, MASSON ET Cie, ÉDITEURS, PARIS
BARNÉOUD FRÈRES ET Cie, IMPRIMEURS (31.0566). LAVAL, No 680. — 5-1947.

TRAVAUX ORIGINAUX

RECHERCHES SUR L'IMPÉDANCE CUTANÉE EN COURANT ALTERNATIF DE BASSE FRÉQUENCE AU COURS DE DIFFÉRENTES DERMATOSES

Par M. Louis GOUGEROT
Chef de clinique à la Faculté
Assistant au Laboratoire de Physique Médicale de la Faculté de Médecine de Paris

Rappelons d'abord très brièvement ce que l'on entend par impédance. C'est une extension de la notion de résistance électrique vis-à-vis des courants alternatifs. Dans le cas du courant continu seules les résistances vraies (ou résistances ohmiques) sont à envisager dans le rapport de la différence de potentiel à l'intensité du courant. Il n'en est pas de même en courant alternatif, où le rapport de la tension efficace à l'intensité efficace est non seulement affecté par les résistances ohmiques (comme en courant continu) mais encore par l'introduction dans le circuit de bobines de self-induction et de condensateurs (ou capacités). De plus, alors qu'une résistance vraie ne modifie pas les relations de phase entre la tension et l'intensité du courant, c'est-à-dire n'introduit aucun décalage entre les courbes périodiques qui les représentent (pour un courant alternatif pur, sans harmoniques, ces courbes sont des sinusoïdes) l'introduction d'une self ou d'une capacité introduit un décalage entre l'intensité et la tension, décalage appelé *différence* de phase, qui s'exprime par un angle : l'angle de phase mesuré habituellement par l'intermédiaire de sa tangente trigonométrique (qui s'introduit naturellement dans les calculs).

La mesure d'une impédance se fait comme pour les résistances par une méthode de Pont. Mais alors qu'il suffit dans le pont de Wheastone pour la mesure des résistances ohmiques, de faire varier une seule variable (en l'espèce une résistance) pour équilibrer le pont, dans un pont en courant alternatif pour mesurer l'impédance il faut faire varier indépendamment l'une de l'autre deux grandeurs (le plus souvent une résistance et une capacité). Un exemple d'un tel pont sera donné plus loin en décrivant notre technique.

L'impédance cutanée en courants de basse fréquence a été très étudiée chez les sujets normaux. En France en particulier, notre maître le Professeur Strohl a effectué avec ses élèves de nombreux travaux (dont le dernier

en date est la thèse de Peiffert (Paris, 1944). L'impédance globale du corps humain dans les états thyroïdiens a fait également l'objet de nombreuses recherches, à la suite des travaux de Mme Brazier en Angleterre. Le rôle de l'impédance propre de la peau y est encore discuté et d'ailleurs ces recherches utilisaient des courants à la limite supérieure de la basse fréquence (15.000 cycles/seconde).

Par contre l'étude des affections proprement dermatologiques semble avoir été négligée.

Nous n'avons pu trouver dans la littérature venue à notre connaissance que le travail allemand déjà ancien de Keller (1928) ; encore ne s'agit-il que de mesures de polarisation en courant continu : l'auteur se borne à signaler une baisse de la polarisation dans l'eczéma et une modification inverse dans le psoriasis. C'est pourquoi il nous a paru intéressant d'entreprendre l'étude de l'impédance de la peau en courants de basse fréquence pour quelques affections dermatologiques (1).

Dans une première série de recherches, nous avons utilisé seulement une *fréquence de 4.000 cycles/seconde* produite par une oscillatrice à lampe.

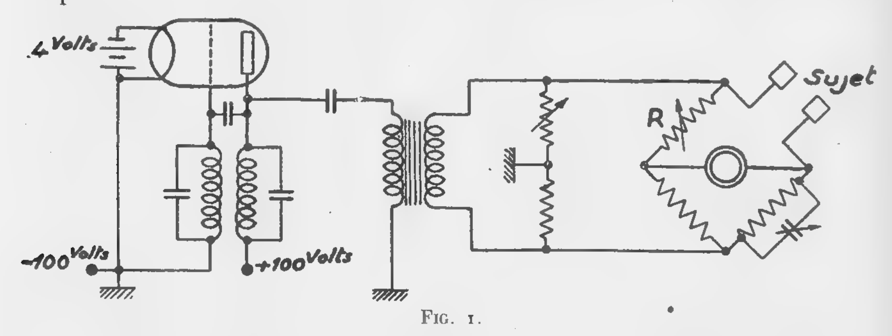


Fig. 1.

L'impédance du sujet était équilibrée par un pont de Nernst ; l'équilibre constaté au téléphone (fig. 1).

L'avantage du pont de Nernst (déjà utilisé par Lamy dans ses mesures d'impédance dans les états thyroïdiens) est que le calcul de l'angle de phase est indépendant de la résistance d'équilibre et ne dépend que de la capacité variable. Les électrodes sont constituées par deux plaques de plomb de 7 centimètres sur 8 cm. 5, appliquées sur la peau par l'intermédiaire d'un rectangle de papier-filtre de mêmes dimensions, imbibé de solution salée physiologique.

Dans la plupart des cas, elles étaient appliquées l'une à la face antérieure, l'autre à la face postérieure de l'avant-bras. Dans quelques cas, aux faces latérales de la jambe ou de la cuisse. Nous avons vérifié que la nature du

(1) Ces travaux ont fait l'objet de deux communications à la *Société médicale des hôpitaux de Paris* (30 novembre 1945 et 10 mai 1946).

métal des électrodes n'influe pas sur les résultats : le plomb est commode, car il est facile à mouler sur les surfaces cutanées du sujet.

Par cette technique et d'abord à titre de témoins, nous avons examiné une dizaine de sujets normaux, en faisant des mesures dans des conditions comparables à différentes époques.

Chez un même sujet, à des jours différents, et suivant les sujets, les résultats sont assez variables. Mais, nous avons trouvé la tangente de l'an-

Fig. 2.

Fig. 2 *bis*.

gle de phase supérieure à 0,88 et la résistance d'équilibre supérieure à 150 ohms. La moyenne étant 1,45 pour Tg φ et de 300 ohms pour R pour 42 mesures (fig. 2 et 2 *bis*).

Nous avons, ensuite, *étudié des malades ayant des lésions en pleine activité d'eczéma ou de dermo-épidermite microbienne eczématisée* de forme suintante ou non, les électrodes étant appliquées sur les lésions.

Pour 41 mesures, sur 23 malades, quelle que soit la forme clinique des lésions en activité, nous avons toujours trouvé des chiffres nettement infé-

rieurs à ceux des sujets sains ; Tg φ a toujours été inférieure à 0,90 et R à 190 ohms ; Tg φ ne dépasse 0,73 et R 150 ohms que dans 4 mesures. La moyenne est de 0,50 pour Tg φ et 90 ohms pour R (fig. 2 et 2 *bis*).

Chez 7 malades, nous avons étudié comparativement un territoire de peau saine et un territoire de peau ayant des lésions en activité, et trouvé que, chaque fois, Tg φ est plus grande du double au moins pour la peau saine que pour la peau malade.

Voici les résultats :

Sujet	Peau saine	Peau lésée
N° 3	1,13	0,30
N° 5	1,83	0,52
N° 6	1,63	0,80
N° 10	1,45	0,75
N° 11	1,35	0,50
N° 16	1,68	0,42
N° 21	1,00	0,42

La moitié environ de ces malades a pu être suivie au cours de leur évolution vers la guérison.

En moyenne, pour des sujets dont les lésions étaient améliorées, sans que l'aspect de la peau soit redevenu normal, les figures 2 et 2 *bis* montrent que les points représentatifs se situent entre ceux des peaux normales et des lésions en pleine activité. Cependant, l'analyse individuelle des malades permet de reconnaître en gros *deux types différents d'évolution* :

— *Dans le premier type*, le retour à l'aspect normal de la peau s'accompagne d'une remontée continue de l'angle de phase et de la résistance d'équilibre, qui atteignent à la fin des valeurs pouvant être considérées comme normales.

— *Dans un deuxième type*, malgré une amélioration clinique évidente, étant allée, dans 1 cas, jusqu'à un aspect normal de la peau, l'angle de phase (et à un moindre degré la résistance d'équilibre) conservent à peu près la même valeur qu'à la période d'activité des lésions.

Voici quelques observations très résumées de ces deux types :

M. F..., 43 ans. Le 29 août 1945, grosse dermo-épidermite microbienne eczématisée des avant-bras survenue à la suite d'une plaie; lésions suintantes, œdème important. Tg φ = 0,67.

Le 5 septembre : considérable amélioration clinique; le suintement a disparu ainsi que l'œdème; la peau est encore rugueuse au toucher et desquame légèrement. Tg φ = 1,00.

Le 10 septembre : peau d'aspect pratiquement normal. Tg φ = 1,45.

Mlle D..., 75 ans. Le 30 août 1945 : eczéma chronique datant de janvier, à l'avant-bras gauche, où est faite la mesure, la peau, à la face antérieure, est presque normale, seulement un peu rugueuse; à la face postérieure, nombreuses vésicules dont quelques-unes sont suintantes. Tg φ = 0,30.

Le 23 septembre : amélioration nette, plus de suintement. Tg φ = 0,95.

Le 6 septembre : nouvelle poussée, avec quelques vésicules érodées : Tg φ = 0,62.

Le 10 septembre : amélioration clinique nette, plus de suintement, la peau reste rugueuse au toucher. Tg φ = 0,83.

Le 11 octobre : guérison clinique complète. Tg φ = 1,30.

M. E..., 30 ans. Intoxication arsenicale datant de juin. Le 1er septembre : lésions généralisées à type d'eczéma, avec vésicules non suintantes et squames abondantes. Tg φ = 0,60.

Le 10 septembre : importante amélioration clinique, la peau reste encore, cependant, nettement quadrillée. Malgré cette amélioration, Tg φ a baissé à 0,50.

Le 17 septembre : l'amélioration persiste aux avant-bras où est faite la mesure : peau seulement rugueuse au toucher à la face antérieure. Cependant, nouvelle poussée à la tête et au cou. Avant-bras gauche : Tg φ = 0,38 (a encore baissé).

Le 28 septembre : les lésions ont complètement changé d'aspect depuis deux à trois jours, prenant les caractères d'un lichen plan typique avec placards violacés à papules brillantes et polygonales. L'apparition d'un lichen plan buccal confirme le diagnostic.

Avant-bras gauche : Tg φ = 1,00 (a remonté à une valeur analogue à la peau saine).

Mme R..., 46 ans. Eczéma typique, non suintant des avant-bras, de la face et du cou. La malade est plongeuse dans un restaurant. Le 11 septembre, sur l'avant-bras gauche, Tg φ = 0,85.

Le 22 septembre : grosse amélioration clinique; la peau n'est plus qu'un peu rugueuse au toucher : Tg φ = 0,67.

Le 29 septembre : guérison clinique apparemment complète. Tg φ = 0,72.

On voit que l'angle de phase est resté assez bas malgré la guérison clinique.

M. D..., 55 ans. Eczéma vésiculo-squameux légèrement suintant, causé par applications de potasse. Avant-bras gauche, le 24 octobre. Tg φ = 0,38.

Le 31 octobre : très grosse amélioration clinique, la peau est seulement encore un peu rugueuse au toucher. L'angle de phase reste bas : Tg φ = 0,52.

Dans une deuxième série de recherches, nous avons voulu étudier presque tout le spectre de la basse fréquence de 100 à 10.000 cycles/seconde (surtout dans la zone 200 à 7.000 cycles/seconde).

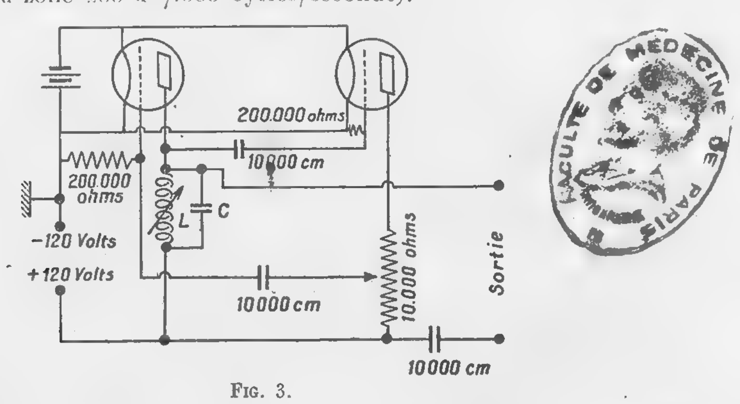


Fig. 3.

Aussi, avons-nous monté une oscillatrice nous permettant, avec une construction simple, de réaliser commodément une large bande de fréquences à variation continue. C'est une oscillatrice à deux lampes : l'une d'elles joue le rôle de déphaseuse couplée à la première. Ses gros avantages

en sont : de ne comporter qu'un seul circuit oscillant, de pouvoir « accrocher » en très basse fréquence, de pouvoir varier le couplage par un simple potentiomètre, permettant ainsi de se placer à la limite d' « accrochage », donc d'avoir un courant sinusoïdal pur (schéma fig. 3). Comme dispositif de mesure nous avons utilisé le même pont, avec méthode zéro observée au téléphone, que dans notre première série de recherches.

I. — En vue d'avoir des *témoins assez nombreux*, nous avons été amenés à reprendre l'*étude d'une peau normale.*

On sait que de nombreux travaux ont été publiés pour essayer d'interpréter les mesures d'impédance de la peau normale, et ont abouti à proposes de multiples « schémas » électriques. Strohl s'est particulièrement attaché à cette étude et a montré le caractère inadéquat du premier et du plus simple d'entre eux (schéma de Philipson), qui comprend une résistance r_1 en série et en dérivation une résistance r_2 et une capacité C (fig. 4).

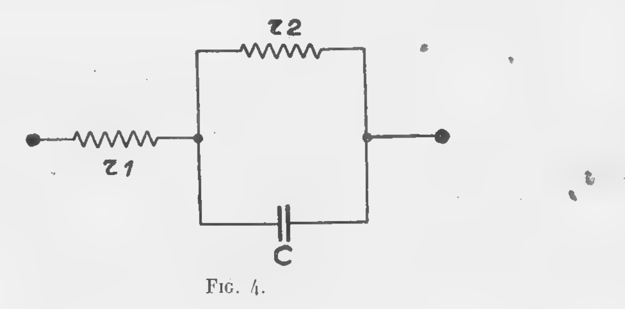


Fig. 4.

La résistance r_1 représenterait la résistance des tissus profonds et une partie de la résistance cutanée ; la résistance r_2 uniquement cutanée représenterait la résistance de « fuite » du condensateur C formé par la peau.

Nos résultats confirment que ce schéma ne représente pas exactement les faits, mais en donne l'allure générale.

Ceci est également corroboré par l'étude de l'influence de l'*aire des électrodes :*

Dans nos mesures antérieures, nous avions utilisé en effet des électrodes de 7 centimètres × 8,5, qui couvraient donc chacune une surface d'environ 60 centimètres carrés, surface assez grande, quand elle est appliquée sur les membres.

Pour étudier éventuellement des lésions plus petites, nous avions voulu utiliser des électrodes de dimensions moitié moindres, donc couvrant une surface du quart de la précédente.

En admettant le schéma de Philipson, et en supposant que, par cette réduction de surface, les résistances devaient être multipliées par quatre, et la capacité divisée par quatre, on peut montrer que, pour chaque fré-

quence, l'angle de phase ne doit pas être modifié et la résistance d'équilibre multipliée par quatre.

L'existence de dérivation des lignes de courant par les phénomènes de polarisation rend peu vraisemblable un schéma aussi simple.

L'*expérience* montre, dans les trois cas étudiés (2 peaux normales, — l'une chez une femme tout à fait normale, l'autre chez une lupique guérie — un eczéma sec) que :

1° La courbe d'angle de phase est toujours pour les petites électrodes au-dessus de la courbe des grandes électrodes (fig. 5) ;

2° Et ceci d'autant plus que l'angle de phase est plus grand et l'impédance cutanée plus grande ;

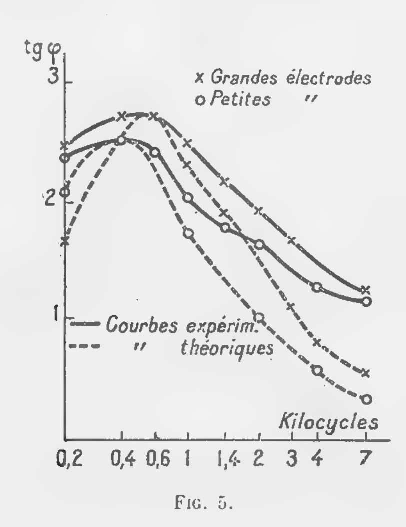


Fig. 5.

3° Que le rapport des résistances d'équilibre pour les petites et les grandes électrodes est assez différent de quatre, variant (assez peu relativement) autour de 3,5 dans deux cas, autour de six dans le troisième (impédance la plus forte).

Les *calculs* (toujours laborieux) des éléments du schéma de Philipson montrent alors :

1° Que l'hypothèse de la multiplication des résistances et de la division de la capacité par quatre ne se peut soutenir ;

2° Que la courbe théorique déduite du schéma de Philipson, avec des éléments calculés au maximum de l'angle de phase, cadre mal avec les résultats expérimentaux.

II. *Étude de la peau des lupiques guéris.* — La plupart de nos sujets normaux pris à titre de témoin avaient été choisis parmi le personnel infirmier de l'Hôpital Saint-Louis. Or, on sait que ce dernier comprend un certain

nombre de personnes, anciens lupiques, actuellement complètement guéris depuis de longues années. En comparant nos résultats, obtenus avec ces derniers, avec ceux des sujets non lupiques, nous avons eu la surprise de constater que, pour 4 sujets lupiques guéris sur 5, les courbes d'angle de phase se plaçaient très nettement au-dessus de celles des autres, bien que l'examen clinique de la peau ne révélât aucune espèce de différence. Les résistances d'équilibre étaient également nettement plus élevées (fig. 6). Le cinquième sujet, lupique guérie depuis de longues années, se plaçait nettement à part, avec une résistance faible et une courbe d'angle de

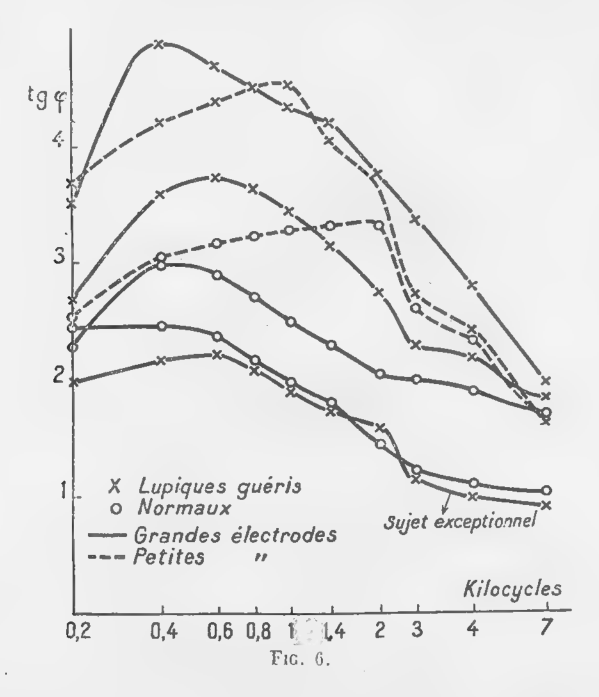


Fig. 6.

phase à la limite inférieure des sujets normaux. Mais il s'agissait d'une fille de service, employée très souvent à laver les carreaux des salles et à faire la vaisselle, et qui venait, peu de temps avant les mesures, de se livrer à ces besognes, en employant un produit contenant de la potasse. On peut admettre qu'il y avait là l'influence pertubatrice d'un décapage épidermique bien propre à abaisser l'impédance cutanée.

Nous nous contentons de signaler cette impédance élevée de la peau saine de lupiques guéris, sans pouvoir, pour le moment, en donner une explication.

III. *Étude de l'eczéma.* — Comme le montrait déjà notre première étude, c'est là où nous avons obtenu les *résultats les plus nets et les plus intéressants.*

L'étude de 8 cas, comprenant 12 courbes complètes, nous a montré :

1° Que *dans les lésions en pleine activité*, l'angle de phase et la résistance d'équilibre sont toujours *extrêmement abaissés*, avec une prédominance considérable de cet abaissement pour les fréquences les plus basses, ce qui donne à la courbe un aspect *entièrement aplati* (fig. 7). L'abaissement est d'autant plus grand que les lésions sont plus suintantes. On observe alors une courbe extraordinairement basse et l'angle de phase ne varie pratiquement pas avec la fréquence, sa tangente restant aux environs

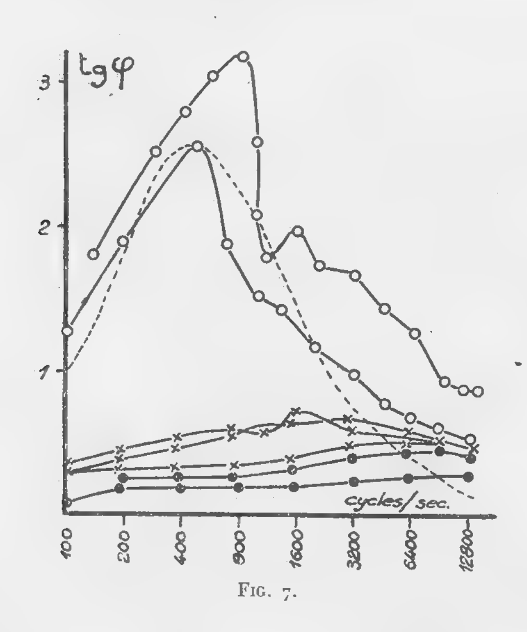


Fig. 7.

de 0,20. La résistance d'équilibre également très faible varie peu avec la fréquence. Cette constance d'un faible angle de phase est impossible à expliquer avec un quelconque schéma faisant intervenir des résistances et des capacités fixes. Celles-ci doivent de toute nécessité varier avec la fréquence.

Néanmoins, le grand abaissement de la résistance d'équilibre permet de conclure que la résistance ohmique de la peau (r_2 du schéma de Philippson) doit être très abaissée.

2° Que l'*amélioration clinique des lésions est loin de s'accompagner d'une amélioration électrique correspondante*. Les courbes d'angle de phase et de résistance d'équilibre restent encore très basses et aplaties (fig. 7), alors

que l'aspect des lésions cutanées se réduit à une peau simplement un peu rugueuse ou quadrillée.

3° Que la peau, *apparemment saine, en dehors des lésions,* peut dans quelques cas donner des courbes tout à fait normales. Mais que, dans de nombreux cas, la courbe d'angle de phase reste basse et aplatie surtout dans le domaine des fréquences les plus basses.

Il est facile de mettre ces faits en rapport avec ce que nous savons de l'anatomie pathologique de l'eczéma : les lésions consistant essentiellement en une spongiose épidermique, aboutissant à la formation de vésicules qui peuvent s'éroder, donnant alors l'eczéma suintant.

On comprend ainsi que la résistance électrique propre de la peau soit diminuée, la peau étant véritablement « trouée », en cas de vésicules suintantes, sa perméabilité étant en tout cas augmentée, même dans les cas non suintants. Cette baisse de la résistance électrique, témoignant de la *porosité cutanée* sur laquelle a insisté à plusieurs reprises H. Gougerot.

Et l'on peut donc conclure que :

Dans l'eczéma, la baisse de l'angle de phase et de la résistance propre de la peau sont en rapport avec la *perméabilité* exagérée de l'épiderme de ces malades, qui est un des éléments du terrain eczémateux. Elle en constitue, *en quelque sorte, une mesure.* Cette mesure ne fait que confirmer à la période d'activité une évidence clinique, mais revêt tout son intérêt au cours ou après l'évolution vers la guérison, pouvant avoir, alors, une signification pronostique et pathogénique, confirmant l'importance du *facteur porosité* dans le déterminisme de l'eczéma.

Ces faits plaident en faveur de la théorie qui voit dans l'eczéma le résultat d'une agression toxique ou allergique, d'origine interne ou externe, atteignant une *peau fragile et poreuse.*

IV. *Étude du psoriasis.* — Parmi les dermatoses fréquentes, nous nous sommes adressé, ensuite, au psoriasis. L'étude de 9 cas, comprenant 16 courbes complètes établies soit avec les grandes, soit avec les petites électrodes, nous a donné des résultats, au premier abord moins spectaculaires que dans l'eczéma, mais dont nous avons pourtant pu tirer les conclusions suivantes :

1° Les grands psoriasis à lésions très étendues présentent, lorsque les électrodes sont placées sur les lésions et que celles-ci couvrent toute la surface des électrodes, des courbes aplaties — surtout pour les fréquences moyennes. Les valeurs de l'angle de phase ne sont basses que pour les cas suintants (peau « trouée », à rapprocher des eczémas suintants). Les résistances d'équilibre sont également très abaissées, surtout aux basses fréquences.

Dans les cas non-suintants, les valeurs sont, au contraire, normales (à la limite inférieure) pour les fréquences inférieures à 1.000, plus élevées que la normale pour les fréquences supérieures à 1.000. Les résistances d'équilibre restent, alors, élevées, surtout aux hautes fréquences, où elles sont nettement supérieures à la normale.

2° Lorsque les électrodes sont placées en peau *apparemment saine*, ou lorsque des lésions de petite taille ne couvrent qu'une faible fraction de la surface des électrodes, les courbes d'angle de phase ont une *forme normale*, mais les valeurs de l'angle de phase sont *considérablement augmentées*, surtout aux basses fréquences, avec des résistances d'équilibre élevées.

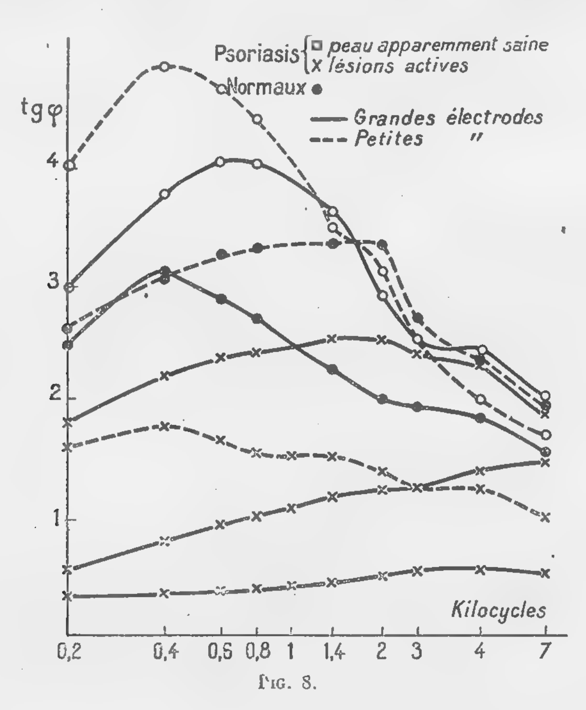


Fig. 8.

3° Lorsque des lésions de taille moyenne couvrent une fraction assez importante, de l'ordre de 1/3 aux 2/3 de la surface des électrodes, on peut tomber sur des courbes à peu près normales de valeur et de forme.

Il semblerait que les deux phénomènes relatés ci-dessus puissent alors se compenser en quelque sorte.

Il semble donc que le terrain psoriasique (comme le terrain lupique) se manifeste par une *impédance cutanée élevée de la peau saine*, les lésions étendues (et surtout lorsqu'elles sont accidentellement suintantes) peuvent alors abaisser cette impédance (fig. 8).

LA PENICILLINE EN DERMATOLOGIE

Par R. MOLLINEDO,

Assistant à la Clinique des Maladies cutanées et syphilitiques de l'Hôpital Saint-Louis, Paris.

Il nous paraît superflu, après les nombreuses publications consacrées à la pénicilline, de retracer les étapes aujourd'hui classiques de sa découverte et de son mode d'emploi.

Nous voudrions préciser l'intérêt de son usage dans diverses affections cutanées ; mais nous croyons cependant utile de rappeler brièvement quelques généralités, de souligner le rôle du laboratoire en pénicillinothérapie et d'indiquer divers types de préparations susceptibles d'être utilisées en dermatologie (1).

*

* *

Généralités.

Le pouvoir antibiotique de la pénicilline vis-à-vis des germes sensibles est sous la dépendance d'un certain nombre de facteurs qu'il est important de connaître, sous peine de courir les risques certains d'échecs thérapeutiques.

On connaît l'action néfaste de la température ($>$ 10°) sur la pénicilline qui est d'autre part détruite par les *acides dilués*, les *alcalins*, les *oxydants* (solutions de Dakin, de Labarraque), les *alcools primaires*, les *réactifs cétoniques*, les *métaux lourds* (mercure, cadmium, zinc, cuivre). Le fer en poudre, à la dose de un gramme, inactive 10.000 U. de pénicilline en 4 jours (2).

Dès qu'elle est en solution aqueuse, la pénicilline subit une transformation moléculaire et perd assez rapidement ses propriétés thérapeutiques. Elle est stable entre *p*H : 5 et *p*H : 7 ; la pénicilline pure cristallisée (Pénicilline G, Merck) est plus stable que la pénicilline partiellement purifiée ; elle est blanche et peut être conservée à la température ordinaire.

Les adjuvants et les excipients destinés à la préparation de pommades à

(1) Nous remercions bien vivement notre ami le Dr Sureau pour les renseignements qu'il a bien voulu nous communiquer dans la rédaction de cet article.

(2) H. MAY. *J. Path. a. Bact.*, **57**, 1945, 259.

base de pénicilline devront donc être neutres et ne posséder aucune fonction alcool ou acide libre. C'est ainsi, par exemple, que l'on pourra associer à la pénicilline des sulfamides à pH : 7 tels que le soluseptoplix et la solufontamide, et non des corps à pH : 11 (soludiazine, soludagénan).

La pénicilline, de par sa constitution chimique, possède une molécule lourde et, de ce fait, elle diffuse difficilement. Elle imprègne mal les cavités closes telles que les foyers inflammatoires, empyèmes, etc. Il sera donc indispensable, dans de nombreux cas, d'associer une thérapeutique générale au traitement local.

La voie veineuse n'offre pas de grands avantages ; elle est en général difficile à appliquer chez les malades et expose à des risques de thrombose

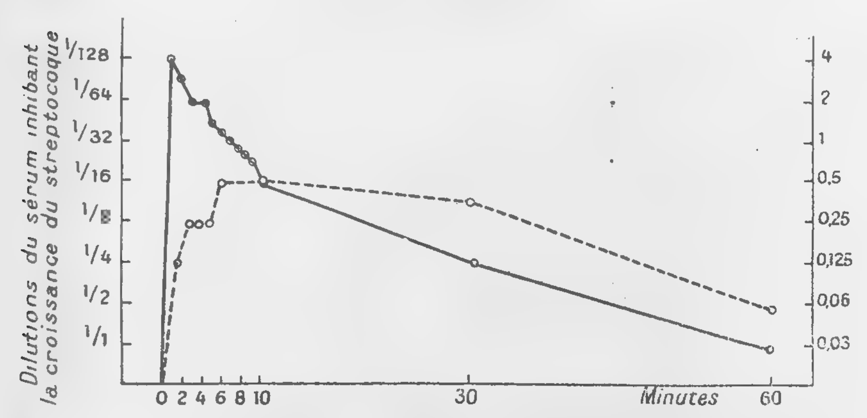


Fig. 1. — Pouvoir bactériostatique du sérum du malade après injection de 15.000 U. de pénicilline, par voie veineuse (———) et par voie intramusculaire (- - - - - -). Les chiffres de droite indiquent le nombre d'unités par centimètre cube de sérum (D'après Fleming et coll.).

et à des réactions toxiques. Après une injection intraveineuse, la concentration maximum de la pénicilline dans le sang est atteinte en 15 minutes et disparaît après un délai de 1 à 3 heures ; il sera donc nécessaire de répéter les injections toutes les 2 ou 3 heures. Pour Rammelkamp et Keefer (3), l'action antibiotique vis-à-vis du staphylocoque ne se manifeste que si le sérum sanguin contient au moins 0,156 U. par centimètre cube (4).

La méthode des injections sous-cutanées continues (goutte à goutte) exige l'emploi d'un matériel approprié réglant la vitesse d'écoulement (X gouttes

(3) C. H. Rammelkamp et C. S. Keefer. *Journ. Clin. Invest.*, **22**, 1943, 425 ; *Proc. Soc. Exp. Biol. Med.*, **51**, 1942, 95.

(4) *L'Unité Oxford* (UO) est la quantité de pénicilline (en poids) qui, dissoute dans 50 centimètres cubes de bouillon de viande, inhibe entièrement la pousse d'une souche-étalon de staphylocoque. *L'Unité Heatley* provoque la lyse d'une souche de staphylocoque âgée de 24 heures sur une surface de 24 millimètres de diamètre. L'Unité officielle est celle d'Oxford ; elle correspond actuellement à 1/1.650 milligrammes de sel de sodium pur de pénicilline.

par minute), ce qui rend son emploi très restreint ; de plus, les injections sont difficilement supportées par le malade.

La voie intramusculaire semble être celle qui a donné les meilleurs résultats au point de vue thérapeutique et pratique. Par ce procédé, la concentration de la pénicilline dans le sang est, au début, plus faible que par voie intraveineuse ; mais elle se maintient pendant un laps de temps plus long (fig. 1).

On tend de plus en plus à administrer de fortes doses ; actuellement la posologie courante est de l'ordre de 400.000 à 1.000.000 U., tandis qu'il y a quelques mois encore les chiffres moyens étaient de 200.000 U.

Rôle du laboratoire.

Le rôle évident du laboratoire est le contrôle de la pénicilline elle-même ; mais il est nécessaire de se conformer à quelques règles pour appliquer ce médicament avec efficacité. En voici les grandes lignes d'après Bloomfield et ses collaborateurs (5) :

— Déterminer cliniquement et bactériologiquement le germe pathogène responsable de l'affection.

— Préciser la voie d'administration du médicament. En établir la posologie.

— Poursuivre les examens bactériologiques au cours du traitement.

— Doser la pénicilline contenue dans le sang et dans l'urine du malade.

On voit donc que l'importance du laboratoire est loin d'être négligeable et c'est à lui que le clinicien s'adressera pour juger du comportement d'un germe au cours du traitement et pour mettre en évidence la possibilité d'une pénicillo-résistance (6) de ce germe.

Toutes les méthodes actuelles sont fondées sur des tests arbitrairement choisis, aussi les résultats obtenus ne sont que relatifs. Toutefois, laissant volontairement de côté les techniques classiques mais délicates, utilisées pour le titrage de la pénicilline (de Fleming, de Heatley, de Rammelkamp, opacimétrique de Bonét-Maury, etc. (7)), nous indiquerons quatre méthodes qui peuvent être pratiquées dans tous les laboratoires et qui permettent d'apprécier l'efficacité thérapeutique du produit :

1. *Agar cup method* (8). — On utilise de la gélose ou, si c'est nécessaire, de la gélose au sang, coulée dans des boîtes de Pétri. Dans chaque boîte, on prélève stérilement, soit avec une foreuse, soit avec un emporte-pièce stérile, métallique

(5) A. L. Bloomfield, L. A. Rantz et M. M. Kirby. *Journ. Med. Ass.*, **124**, 1944, 627.

(6) La *pénicillo-résistance* peut être *naturelle* (vis-à-vis de certains germes gram-négatifs, en particulier, ou de certaines souches) ou *acquise*. Dans cette dernière éventualité, la pénicillo-résistance peut être comparée *in vitro* à certaines souches de staphylocoque doré. Le traitement insuffisant de lapins expérimentalement syphilisés rend les tréponèmes pâles pénicillo-résistants. La pénicillo-résistance provoque, chez les germes, du pléiomorphisme et une diminution héréditaire et définitive du pouvoir pathogène.

(7) Voir à ce sujet : C. Levaditi. *La Pénicilline*, 1 vol. Masson, édit., Paris, 1945.

(8) *In* R. Martin, B. Sureau, F. Nitti et J. Berrod. *La Pénicilline et ses applications cliniques*, 1 vol. Flammarion édit., Paris, 1945.

pour liège (perce-bouchon), deux petits disques; on coule dans les trous ainsi formés, une goutte de gélose fondue. On ensemence ensuite la boîte de Pétri, on la porte à l'étuve à 37° pendant environ une heure, puis, à l'aide d'une pipette Pasteur, on ajoute dans l'un des trous une goutte de solution de pénicilline titrant 10 U. O. par centimètre cube et dans l'autre une goutte de solution titrant 1 U. O. La pénicilline diffuse dans le milieu autour des trous et inhibe la croissance des germes sur une zone plus ou moins étendue; le diamètre de cette zone indique le *degré de sensibilité du germe à la pénicilline* (fig. 2). Si l'on désire étudier en même temps la sensibilité de plusieurs germes, on trace dans la gélose deux sillons parallèles dans lesquels on coule un peu de gélose. D'un sillon à l'autre, perpendiculairement à eux, on ensemence les divers germes en strie, puis, après une heure



Fig. 2. — Agar cup method. Boîte de Pétri ensemencée avec du staphylocoque et montrant le degré de sensibilité du germe à la pénicilline. Dans le disque de gauche, le titre est de 1 U. ; en bas, le titre est de 10 U. (Photo Garrod).

d'étuve, on porte dans les sillons quelques gouttes de pénicilline, dans l'un à 10 U. par centimètre cube, dans l'autre à 1 U. par centimètre cube. On peut ainsi éprouver 10 à 12 germes différents. Après quelques heures on note l'étendue de l'inhibition pour chaque strie. Dans certains cas, on isole deux ou plusieurs germes dont l'un est pénicillo-sensible (staphylocoque par exemple) et l'autre est pénicillo-résistant (Proteus).... Pour suivre les résultats du traitement, il est nécessaire d'isoler souvent le ou les germes et d'en titrer tous les 2 ou 3 jours la pénicillo-résistance afin de s'assurer qu'elle ne s'accroît pas... Lorsque les ensemencements continuent à pousser, les colonies se raréfient, traduisant un appauvrissement des germes. Bien entendu, il faut repiquer des quantités suffisamment faibles pour éliminer une action inhibitrice de la pénicilline introduite par le traitement; on peut d'ailleurs, pour avoir plus de chance d'isoler le germe en cause, ajouter au milieu de culture de la pénicilline (Harper) qui neutralise la pénicilline entraînée par l'ensemencement, dans ce cas, la mesure de la pénicillo-résistance ne se fait que dans un second temps, après repiquage de la souche sur milieu normal.

2. *Méthode classique des dilutions.* — Méthode quantitative (9) : Si l'on veut obtenir une estimation quantitative, on opérera de la façon suivante :

a) On prépare une série de bouillons contenant des quantités décroissantes de pénicilline dans des proportions connues. Les tubes sont inoculés avec les germes du malade et incubés pendant 12 à 24 heures. Le tube dans lequel la poussée de ces germes est enrayée donne la limite du taux de concentration de pénicilline nécessaire pour agir.

b) On peut opérer de la même façon avec des boîtes d'agar-agar contenant des doses décroissantes du médicament, ensemencées en traits et incubées pendant le même temps que les tubes. La concentration de la pénicilline, dans l'agar de la boîte où la pousse est empêchée, donne le résultat recherché.

3. *Dosage dans le sang.* — Rammelkamp (10) fit, dans une série de tubes à hémolyse, des dilutions progressives du sérum et du plasma à étudier dans du bouillon de veau. Le premier de ces tubes contient 0,2 cm³ de sérum ou de plasma pur. Il prépare de même une série de dilutions semblables à partir d'une pénicilline standard à 20 U. par centimètre cube en eau physiologique. Il ensemence des tubes, à raison de 1.000 à 10.000 germes par centimètre cube, avec un streptocoque hémolytique du groupe A, puis il ajoute 1 o/o d'hématies. Après 18 heures d'étuve, il examine le point d'hémolyse. Cette méthode peut également s'appliquer au liquide céphalo-rachidien, aux exsudats et aux urines.

4. *Titrage biologique dans le sang en présence d'un indicateur de* pH (Sureau, Depin et Schürr). — Méthode fine et précise basée sur la technique des dilutions. Des dilutions progressives du milieu à étudier sont ensemencées avec une culture de 24 heures au 1/1.000 de staphylocoque Oxford, comparativement à une gamme étalon de pénicilline; mais, pour rendre le dosage plus facilement lisible, on ajoute à chaque tube quelques gouttes de sucre et une goutte d'un indicateur de *p*H. Si le staphylocoque se développe, le sucre est fermenté et l'indicateur vire.

Le titrage le plus rapide et le plus net a été obtenu avec la phénol-sulfone-phtaléine (P. S. P.) en présence de glucose. L'emploi de la P S. P. facilite en outre la lecture dans le cas de titrage sur des sangs hémolysés.

Toutes les dilutions de milieu à titrer sont faites en eau physiologique ainsi que les dilutions de pénicilline, ce qui a pour but de rendre le milieu de culture plus homogène. A chaque tube on ajoute IV gouttes d'une solution de glucose-peptone contenant la P. S. P. et on ensemence avec I goutte d'une culture au 1/1.000 en bouillon de staphylocoque Oxford.

Formule de la solution de glucose :

Glucose à 30 o/o	XX gouttes
P. S. P. à 15 o/o	X gouttes
Eau peptonée	5 centimètres cubes

La gamme-étalon est donnée par le tableau ci-dessous où les chiffres romains représentent des gouttes :

Sérum normal ou eau physiol.	III	IV	V	VI	VII	VIII
Pénicilline en eau physiol. 1/10 U. O. par centimètre cube.	VII	VI	V	IV	III	II
Titre dilution après addition IV gouttes sol. glucose et I goutte suspension de staphylo.	$\frac{1}{20}$	$\frac{1}{25}$	$\frac{1}{30}$	$\frac{1}{37}$	$\frac{1}{50}$	$\frac{1}{75}$

(9) *In* J. Monnier. *La pénicilline à la portée du praticien*, 1 vol., J.-B. Baillière édit., Paris, 1946.

(10) C. H. Rammelkamp. *Proc. Soc. Exp. Biol. a. Med.*, **51**, 1942. 95-97.

Normalement le staphylocoque pousse au 1/50, la P. S. P. passe du rose franc au jaune citron.

Pour les dilutions de sérum, de plasma ou de liquide céphalo-rachidien, opérer comme suit :

Sérum à titrer. .	X	IX	VIII	VII	VI	V	IV	III	II	I
Eau physiol. . .	O	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX
Titre final après glucose et staphylo.	$\frac{2}{3}$	$\frac{3}{5}$	[illegible]/15	$\frac{7}{5}$	[illegible]/5	$\frac{1}{3}$	$\frac{4}{15}$	$\frac{1}{5}$	$\frac{2}{15}$	$\frac{1}{15}$

Sérum à titrer dilué au 1/10 . . .	IX	VIII	VII	VI	V	IV	III	II	I
Eau physiologique.	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX
Titre final après glucose et staphylo .	$\frac{3}{50}$	$\frac{4}{75}$	$\frac{7}{150}$	$\frac{1}{25}$	$\frac{1}{30}$	$\frac{2}{75}$	$\frac{1}{50}$	$\frac{1}{75}$	$\frac{1}{150}$

Bien entendu, on ne prépare habituellement qu'une partie de cette longue gamme de dilutions, choisie d'après la teneur présumée du milieu en pénicilline. La teneur du milieu à titrer est obtenue en multipliant la première dilution virée de l'étalon par l'inverse de la première dilution virée du sérum à titrer.

La lecture se fait après 12 à 15 heures d'étuve. Elle est facilitée par le virage très net de la P. S. P. La méthode est sensible à 0,02 U. par centimètre cube ; ce titrage peut se faire sur le sérum ou le plasma et sur le liquide céphalo-rachidien et généralement sur tous les milieux stériles.

La méthode de l'agar-cup et celle au P. S. P. peuvent être utilisées pour le dosage de la pénicilline dans les urines préalablement stérilisées par filtration à travers un filtre Seitz.

Modes d'administration.

Dans la pratique courante, les deux voies qui s'offrent au thérapeute sont les suivantes :

Voies intramusculaire et sous-cutanée. — La pénicilline est dissoute dans de l'eau distillée ou dans l'eau physiologique stérile en quantité telle que 1 centimètre cube de cette solution renferme 5.000 à 10.000 U. O. La solution sera conservée à la glacière, dans le flacon d'origine, et les injections seront pratiquées toutes les 3 heures, pendant 24 heures.

Bien que la voie intramusculaire donne une concentration suffisante et durable, plusieurs auteurs ont proposé l'emploi de pénicilline-retard en incorporant la solution de sel de pénicilline à des substances qui tendent à ralentir son absorption et, partant, à maintenir une saturation sanguine pendant un laps de temps plus long.

Romansky et Rittman (11) incorporent la pénicilline à un mélange filtré d'huile d'arachide et de cire d'abeilles (50.000 U. O. dans 2,5 cm³ du mélange).

La préparation de pénicilline-huile d'arachide-cire d'abeilles a été administrée par Kirby et ses collaborateurs (12) qui injectent quotidiennement dans le tissu cellulaire *sous-cutané* 2 centimètres cubes de ce mélange renfermant 600.000 U. O. D'après ces auteurs, l'absorption serait alors plus uniforme et le taux de la pénicilline dans le sang se maintiendrait pendant 20 à 24 heures.

L'Institut de Recherches Squibb prépare une pénicilline-retard à 4 o/o dans un mélange d'huile d'arachide et de cire d'abeilles. Le titre est de 200.000 U. O. par centimètre cube.

(11) M. J. ROMANSKY et G. E. RITTMAN. *Journ. Amer. Med. Ass.*, 1942, **126**, 435 ; *Bull. U. S. Army Med. Dep.*, **81**, 1944, 43.

(12) W. KIRBY et coll. *Journ. Amer. Med. Ass.*, **129**, 1945, 940.

Formule du Codex britannique pour injection huileuse de pénicilline (cité par J. Ricardou).

Pénicilline (sel calcique)	12.500.000	Unités
Cire blanche d'abeilles	4,5	g.
Huile d'arachide	q. s. p. 100	centimètres cubes.

Faites fondre la cire dans l'huile stérilisée en chauffant à 150° pendant 1 heure. En même temps, filtrez à travers un papier fort. Laissez refroidir. Placez la pénicilline (sel calcique) dans un mortier stérilisé en observant une technique aseptique. Triturez avec une petite quantité de base jusqu'à absorption complète et incorporez graduellement le reste de la base. Divisez le mélange dans des récipients stérilisés et finalement cachetez. Conservez dans un endroit frais.

Pendant quelques minutes, chauffez préalablement à la température du sang la solution huileuse de pénicilline et agitez bien. Étiquetage indiquant le nom de l'injection, la force et le nombre d'unités par rapport au volume; « pour usage intramusculaire seulement ».

Doses : 1 à 4 centimètres cubes, soit 125.000 à 500.000 unités.

On tend aujourd'hui à remplacer cette suspension par une véritable solution huileuse de méthyl-pénicilline.

Bronfenbrenner et Favour (cités par B. Barker-Beeson) (13) ont obtenu de bons résultats en pratiquant des injections intramusculaires de pénicilline toutes les 2 ou 3 heures (20.000 U. dissoutes dans 2 centimètres cubes d'eau physiologique) chez des malades soumis à un régime et qui absorbaient de l'acide benzoïque *per os*.

Nous mentionnerons que Woodward et Mattis ont pu, expérimentalement, chez le chien, retarder l'élimination de la pénicilline par une injection simultanée de pénicilline et d'acide *para-amino-hippurique*. Lœwe, Rosenblatt, Alture-Werber et Kosak (14) ont constaté les mêmes effets chez l'homme.

Cosar (15) étale l'absorption et l'élimination de la solution de pénicilline en y ajoutant un solvant visqueux constitué par du polyvinylpyrrolidone en solution aqueuse à 20 o/o.

L'avantage pratique de ces pénicillines-retard réside dans la réduction du nombre des injections quotidiennes (2 à 3). Cependant, leur préparation est délicate. Bien que les préparations huileuses ne soient pas entrées dans la pratique courante, il est possible d'effectuer des injections *sous-cutanées* avec le mélange suivant (Sureau) :

Pénicilline aqueuse	0,5	cm^3
Huile camphrée	5	centimètres cubes

Dissoudre la quantité de pénicilline désirée dans 0,5 d'eau stérile.

Les applications locales. — S'il ne semble pas exister de différence d'activité entre le sel de sodium et le sel de calcium de pénicilline, ce dernier, beaucoup plus stable et moins hygroscopique, est plus adapté aux préparations huileuses et aux pommades.

1. *Poudre à la pénicilline.* — Les sels de pénicilline en *poudre* sont trop irritants pour les plaies et ne doivent pas être utilisés à l'état pur. Il est préférable de les incorporer à des véhicules tels qu'un mélange de sulfothiazol ou de septoplix et de 5 o/o d'oxyde de magnésium léger. Ce dernier sel permet d'obtenir une poudre fine sans agglomérats. Le véhicule, autoclavé pendant 20 minutes sous 1/3 d'atmosphère, est refroidi et mélangé dans un mortier stérile, avec un poids déterminé de sel de calcium de pénicilline, de manière à obtenir des concentrations allant de 500 à

(13) B. Barker Beeson. *Ann. et Bull. Dermat. et Syph.*, 1946, n° 7-8, 395.

(14) J. Loewe, P. Rosenblatt, E. Alture-Werber et M. Kozak. *Proc. Soc. Exp. Biol. a. Med.*, **58**, 1945, 298.

(15) C. Cosar. *C. R. Soc. Biol.*, **139**, 1945, 988.

5.000 U. O. par gramme de poudre. L'application de ce mélange de poudres devra être renouvelée toutes les 24 heures.

2. *Solutions de pénicilline* in situ. — La solution de pénicilline employée pour les *pulvérisations* ou les *irrigations continues* doit titrer 250 à 1.000 U. par centimètre cube. Les *pansements humides*, appliqués deux fois par jour, contiendront, en moyenne, 10.000 U. O. par pansement.

La solution isotonique de pénicilline à 10.000 U. O. par centimètre cube employée pour les *infiltrations* pourra être additionnée de 1 à 2 o/o d'une solution de novocaïne. On commencera par infiltrer la périphérie de la zone infectée, puis on injectera la pénicilline dans le foyer lui-même. Cinq à dix centimètres cubes de la solution, par jour, sont suffisants.

3. *Pommades et crèmes.* — Ces préparations doivent être effectuées stérilement et avec minutie (L. P. Garrod); la pénicilline y perd rapidement son efficacité, et son activité ne dépasse guère un délai de 5 à 6 jours. Nous rappellerons que la pénicilline est détruite par la vaseline.

a) Formule de crème employée par la Royal Infirmery de Glasgow :

Cire lanette SX. (16)	50 grammes
Huile de ricin	120 centimètres cubes
Eau	275 centimètres cubes

Faire fondre à 70° le mélange cire-huile, ajouter l'eau et bien agiter à 60° C. A 30 grammes d'excipient, incorporer 5 centimètres cubes d'une solution de sel de Ca de pénicilline titrant 800 U. O. par centimètre cube. Titre final : 120 U./g.

Cette crème se conserverait pendant plus de deux semaines à la température de la salle (Monnier).

b) L'excipient peut être constitué par le mélange suivant (Clark, Colebrook et coll.) (17) :

Lanoline	150 grammes
Huile de ricin	120 centimètres cubes
Eau	275 centimètres cubes

La pénicilline est incorporée dans la même proportion que dans la formule précédente. Titre final de la crème : 120 U. par gramme.

c) Autre formule de crème :

Cire lanette SX	ââ
Paraffine molle non acide	ââ
Eau	ââ
Sol. de pénicilline (sel de Ca)	q. s.

Porter l'excipient à 60° et en mélanger intimement les composants. Autoclaver pendant 30 minutes sous 1 2/3 atm. Bien triturer pendant le refroidissement, puis ajouter une solution concentrée de sel de Ca de pénicilline dans de l'eau distillée stérile de telle façon que le titre final soit de 200 à 400 U. par gramme.

d) Dans les contrées chaudes, on peut supprimer la paraffine et préparer une crème renfermant 30 o/o de cire lanette SX et 70 o/o d'eau. Chauffer le mélange à 40°, homogénéiser en ajoutant doucement jusqu'à refroidissement, et autoclaver 20 minutes sous 2 atmosphères. Enfin, incorporer la pénicilline (Joannès) (18) :

e) Formule de crème fluide :

Cire lanette SX	12 parties
Huile d'arachide	25 parties
Eau	55 parties

(16) La cire lanette SX est un mélange de cétyl-alcool et de stéaryl-alcool (acide stéarique hydrogéné) additionné de 10 o/o de phosphates. Neutre, elle fond à 50°, ne rancit pas et est absorbée rapidement par la peau.

(17) A. M. Clark, L. Colebrook et coll. *Lancet*, **1**, 1943, 601.

(18) A. Joannès, La pénicilline et ses applications en O. R. L. *Thèse méd. Paris*, 1946, Vaugelade imp.

Ajouter la poudre de pénicilline afin que la concentration finale soit de 250 à 1.000 U. par gramme.

f) A l'Hôpital Pasteur, Martin et Sureau (19) utilisent le mélange suivant :

Sol. de pénicilline titrant 1.000 à 10.000 U. par centimètre cube.		10 centimètres cubes
Poudre de septoplix		5 grammes
Vaseline	ââ	10 grammes
Lanoline		
Huile de foie de morue		

g) Crème de la Pharmacopée britannique :

Pénicilline sel sodique (ou pénicilline sel calcique)	50.000	U.
Cire émulsionnante	7	grammes
Paraffine dure	5	grammes
Paraffine liquide	41	grammes
Chlorocrésol	0,1	g.
Eau distillée préalablement bouillie et refroidie	47	centimètres cubes

Dissolvez le chlorocrésol à l'aide d'une chaleur douce dans l'eau distillée préalablement bouillie et refroidie. Laissez refroidir la solution jusqu'à environ 60°. Faites fondre la cire émulsionnante et la paraffine dure dans la paraffine liquide à l'aide d'une douce chaleur. Transférez dans le récipient approprié et laissez refroidir jusqu'à 60°. Faites dissoudre la pénicilline dans la solution de chlorocrésol et ajoutez la base tiède dans le récipient. Fermez le tout, agitez vigoureusement pendant quelques minutes et refroidissez rapidement. Cette crème étant de conservation limitée (7 jours à 4°), elle doit être délivrée dans des récipients contenant une dose suffisante pour une seule application.

h) Formule de pommade de la Pharmacie de l'Hôpital Saint-Louis :

Sel de Ca de pénicilline en poudre....	100.000 U.
Lanoline pure déshydratée, stérilisée ..	200 grammes

Mélanger intimement dans un mortier stérile et conserver à la glacière. Titre final : 500 U. par gramme.

i) Pour préparer une petite quantité de pommade, pulvériser, puis triturer dans un mortier stérile un comprimé de pénicilline titrant 25.000 U. avec 50 grammes de lanoline stérile. Le titre final de la préparation sera de 500 U. par gramme.

j) De nombreux auteurs utilisent localement le filtrat de culture de *Penicillium notatum* soit pur soit incorporé à un excipient destiné à la préparation de crèmes ou de pommades (cf. Martin, Sureau et coll., p. 53).

Alston (20) conseille l'emploi du filtrat brut de *Penicillium notatum* renfermant 4 à 10 unités par centimètre cube dans le traitement d'affections chroniques ou aiguës.

Roberts et Murphy (21), puis Coles, Barker, Robertson et Cowan (22) préconisent l'application de « penagar » directement sur la peau; il s'agit d'un mélange de pénicilline brute et de milieu de culture (gélose demi-solide). L'activité du produit se maintiendrait pendant un mois et sa diffusion serait remarquable.

*
* *

(19) R. Martin, B. Sureau, F. Nitti et J. Berrod. *Loc. cit.*
(20) J. Alston. *Brit. Med. Journ.*, 1944, 654.
(21) O. Roberts et D. Murphy. *Irish J. Med. Sc.*, 1944, 225.
(22) R. B. Coles, A. N. Barker, E. Robertson et S. T. Cowan. *Lancet*, 1945, 720.

Applications cliniques.

La pénicillinothérapie s'adresse électivement aux affections d'origine microbienne. Envisageons donc celles qui sont d'ordre purement dermatologique.

I. — *Staphylococcies.*

La pénicilline s'est montrée un médicament de grande valeur dans les affections staphylococciques, bien qu'il faille attendre, dans certains cas, 15 ou même 20 jours avant d'observer une chute de la température.

Le traitement local doit être associé au traitement général lorsqu'il se produit des collections purulentes cutanées, comme on peut l'observer au cours de certaines affections. La pommade à la pénicilline, *in situ*, les irrigations et les infiltrations rendront de grands services.

1. *Staphylococcies malignes de la face.* — L'emploi de la pénicilline dans ces affections a grandement modifié le pronostic, jadis très réservé. Alors que les auteurs anglo-américains emploient des doses élevées (1.000.000 U.), en France, de Gennes et Mahoudeau (23), Martin, Sureau et Vittoz (24) ont obtenu des résultats remarquables avec des doses beaucoup moindres en pratiquant des injections locales de pénicilline novocaïnée à raison de 20.000 à 30.000 U. Voici les conclusions de ces trois derniers auteurs :

— Suppression de la douleur ;

— Retour à la normale de la température et amélioration rapide de l'état général ;

— Régression rapide des signes locaux ; résorption sans suppuration ; guérison rapide.

Martin et Reboul (25) conseillent d'associer les sulfamides à la pénicilline. Huriez et Leborgne (26) ont traité avec succès neuf cas de staphylococcies malignes de la face en associant la pénicillinothérapie générale (300.000 à 1.200.000 U.) à des infiltrations locales (10.000 à 15.000 U. dans 10 à 20 centimètres cubes d'eau physiologique). Des résultats aussi brillants ont été enregistrés par A. Meyer et Destaing (27) en quelques heures.

2. *Anthrax. Furoncles.* — Dawson et Hobby (28) injectent par voie intra-musculaire 125.000 U. en 3 jours et obtiennent des résultats satisfaisants et rapides dans les cas de furonculose récidivante de la face et du

(23) L. de Gennes et D. Mahoudeau. *Soc. Méd. Hôp. Paris*, 1944, n° 25-40, 400.
(24) R. Martin, B. Sureau et A. Vittoz. *Soc. Méd. Hôp. Paris*, 1944, n° 11-12, 118.
(25) R. Martin et H. Reboul. *Soc. Méd. Hôp. Paris*, 1944, n° 15-18, 232.
(26) C. Huriez et J. Leborgne. *Presse Méd.*, 1946, n° 10, 141.
(27) A. Meyer et F. Destaing. *Soc. Méd. Hôp. Paris*, 1945, 181.
(28) M. H. Dawson et G. L. Hobby. *Journ. Amer. Med. Ass.*, **124**, 1944, 612.

cou. Avec des doses de 235.000 U. en 6 jours, et toujours par la même voie, ces auteurs notent des résultats progressifs dans le traitement des furoncles. Berrod (29) rapporte avoir guéri 4 cas de ces staphylococcies par des injections locales avec des doses de 2.000 à 4.000 U.

Dans les *anthrax non encore suppurés*, Martin, Sureau, Nitti et Berrod (*loc. cit.*) conseillent de pratiquer des infiltrations quotidiennes avec une solution de pénicilline novocaïnée titrant 10.000 à 20.000 U. Trois à cinq injections suffisent pour amener la guérison. Très rapidement, le pus se collecte et s'évacue.

Plus tardivement, « la pénicilline en injections locales arrête l'anthrax dans son évolution, hâte l'élimination des bourbillons et active sa cicatrisation » (Martin et coll.).

Cuilleret et Pellerat (30) ont, depuis 1944, traité avec succès, sept cas d'anthrax par des infiltrations de pénicilline (1.300 à 5.000 U. par centimètre cube) associées à des sulfamides.

Chez les vieillards, Huriez et Leborgne (*loc. cit.*) pratiquent des injections locales dans 10 centimètres cubes avec une solution titrant 10.000 U. par centimètre cube.

Dans les *furonculoses généralisées*, il est nécessaire d'administrer des doses quotidiennes de 120.000 U. par voie intramusculaire (Coleman et Sako (31).

Les *onyxis* et *péri-onyxis* ont été guéries en 24 à 48 heures par les infiltrations locales sans qu'il soit nécessaire de pratiquer l'ablation de l'ongle.

3. Les *plaies infectées* seront traitées par des applications de poudre ou de pommades.

4. *Sycosis.* — Martin, Sureau et coll. ont obtenu d'heureux résultats dans le traitement des sycosis en pratiquant des pulvérisations matin et soir et en appliquant, entre temps, une pommade à la pénicilline. La durée du traitement est en général de 15 à 20 jours ; mais, très rapidement, les phénomènes inflammatoires s'amendent.

Arquié et Témine (32) ont traité avec succès un cas de sycosis médian de Brocq par des infiltrations locales quotidiennes (10.000 U. par jour pendant 4 jours) et des pansements humides biquotidiens (10.000 U.). Dans un cas de sycosis bilatéral de Brocq, ces auteurs ont constaté que ce procédé était plus efficace que les injections intramusculaires de 200.000 U.

L'application de crèmes et d'onguents s'est montrée moins active (J. Berrod). Tzanck, Moline et Sidi (33) signalent l'inefficacité des injections intramusculaires et des infiltrations locales de pénicilline, chez trois sujets atteints de sycosis, alors que l'application de pommade (formule de la

(29) J. Berrod. La pénicilline. Ses indications. Résultats en thérapeutique. *Thèse* Paris, 1945, Foulon édit.
(30) P. Cuilleret et J. Pellerat. *Journ. Méd. Lyon*, 1946, nº 369, 601.
(31) R. Coleman et W. Sako. *Journ. Amer. Med. Ass.*, **126**, 1944, 427.
(32) E. Arquié et P. Témine. *Bull. Soc. Dermat. et Syph.*, 1946, nº 5-6, 308.
(33) A. Tzanck, R. Moline et E. Sidi. *Bull. Soc. Dermat. et Syph.*, 1946, nº 9, 463.

pharmacie de l'Hôpital Saint-Louis) a très nettement amélioré leur état.

Des trois cas de sycosis rapportés par Huriez et Leborgne, deux ont été guéris par la pommade avec ou sans radiothérapie, et un après sulfamidothérapie et radiothérapie associées à la mycothérapie générale.

5. *Impétigos.* — Les auteurs lillois associent la thérapeutique mixte locale et générale à la pénicilline dans le traitement des *impétigos* et des *folliculites chroniques*. Barron et Mansfield (34) ont obtenu d'excellents résultats avec une crème à la pénicilline et des infiltrations locales (1.000 U. par centimètre cube).

Gaté, Cuilleret et Philippe (35, 36) ont rapporté un cas de guérison définitive chez un malade atteint d'adéno-phlegmon cervical ligneux consécutif à un impétigo du visage.

Dans le traitement des affections staphylococciques du nourrisson, la pénicilline sera administrée par voie intramusculaire à des doses de 3.000 à 4.000 U. par kilogramme.

La thérapeutique pénicillinique s'est montrée tout particulièrement active dans le traitement de l'impétigo bulleux grave du nourrisson (Huriez et Leborgne).

Gaté, Cuilleret et Pellerat (37) ont traité avec un résultat pleinement satisfaisant un cas de pemphigus épidémique du nourrisson par des doses de pénicilline de 100.000 à 300.000 U. associées à la sumédine (2 grammes par jour) ; en outre, poudrage des lésions à la poudre de sulfamide.

6. Une *dermatite pustuleuse généralisée* compliquée de septicémie (staphylocoque hémolytique) a été totalement enrayée par 478 comprimés de sel de Ca de pénicilline titrant 20.000 U., soit une dose totale de 9.560.000 U. (Pfuetze et Nelson (38)).

II. — *Streptococcies.*

1. *Érysipèle.* — Alors que la sulfamidothérapie s'est révélée être très active, la pénicillinothérapie générale a été indiquée chez les débilités et les tarés. La posologie moyenne est de 200.000 à 300.000 U. par jour (Padilha Gonçalves (39)).

Chez un malade atteint d'érysipèle récidivant de la face, antérieurement traité et guéri par les sulfamides, 1.000.000 U. de pénicilline administrées en 5 jours n'ont pas empêché une nouvelle récidive. Un autre cas d'érysipèle de la face (malade intolérant aux sulfamides) a cédé à 400.000 U. (Cuilleret, *loc. cit.*).

(34) J. N. BARRON et O. T. MANSFIELD. *Brit. Med. Journ.*, **1**, 1944, 521.
(35) J. GATÉ, P. CUILLERET et PHILIPPE. *Bull. Soc. Dermat. Syph.*, 1946, n° 5-6, 359.
(36) J. GATÉ, P. CUILLERET et J. PELLERAT. *Société Pédiatrie*, Lyon, 1946. Cf. J. PELLERAT. *Bull. Soc. Dermat. Syph.*, 1944, n° 11-12, 339 ; P. CUILLERET. *Journ. Méd. Lyon*, 1946, n° 369, 601, bibliographie.
(37) J. GATÉ, P. CUILLERET et J. PELLERAT. *Journ. Méd. Lyon*, 1946, nos 369, 601, bibliographie.
(38) E. L. PFUETZE et H. G. NELSON. *Arch. Derm. a. Syph.*, **53**, 1946, 128.
(39) A. PADILHA GONÇALVES. *An. brasil. derm. sif.*, **20**, 1945, 370.

2. Les *plaies infectées* semblent guérir rapidement après applications locales de compresses imbibées de pénicilline en solution.

3. Pour le traitement de l'*impétigo* de Tilbury-Fox, de l'*ecthyma*, il est indiqué de se servir de compresses et de pommades à la pénicilline. Cependant Gaté, Cuilleret estiment que les badigeonnages et les pansements à la pénicilline sont beaucoup moins actifs que les sulfamides.

4. L'*eczéma streptococcique* du nourrisson paraît céder rapidement après une série de 13 injections intramusculaires quotidiennes de 10.000 U. (Huriez).

Nous signalerons que Pfuetze et Nelson ont traité et guéri un malade atteint de dermatite pustuleuse (streptocoque béta hémolytique) par des comprimés de pénicilline (total 574 comprimés, soit 11.480.000 U.).

III. — *Erythrodermies.*

Huriez et Leborgne ont rapporté avoir obtenu d'heureux résultats dans le traitement d'une *érythrodermie post-arsénobenzolique* (4.000.000 U. en 20 jours) et de trois *érythrodermies streptococciques primitives*. Ils ont également observé une nette amélioration, quoique peut-être non définitive, dans un cas d'*érythrodermie exfoliative généralisée* après ingestion de Foriod (120.000 U. par jour pendant 7 jours). Mais les observations de Flandin, Basset et Morin (40) infirment les résultats des auteurs lillois et Gougerot précise que la pénicilline agit sur la suppuration et non sur l'érythrodermie.

IV. — *Brûlures.*

La pénicilline a été recommandée pour éviter les suppurations et la formation de cicatrices vicieuses consécutives aux brûlures, et pour activer la cicatrisation (Bodenham (41), Joannès). Quand elle est administrée au moment de la greffe cutanée chez les brûlés, la pénicilline favorise la prise de la greffe (Hirchfeld, Pilling, Bugs et Abbott (42)).

V. — *Autres affections à germe connu.*

1. *Charbon.* — Les souches de *b. anthracis* paraissent être plus ou moins sensibles à l'action de la pénicilline. Pour Murphy et coll. (43), la posologie moyenne serait de 100.000 à 475.000 U. par 24 heures.

Dawson et coll. ont noté des résultats progressifs mais intéressants avec des doses de 175.000 U. administrées par voie intramusculaire en 4 jours. Murphy et coll. ont précisé que *b. anthracis, in vitro*, est 100 fois moins sensible à la pénicilline que le staphylocoque doré.

(40) C. Flandin, A. Basset et Morin. *Bull. Soc. Derm. Syph.*, 14 novembre 1946.
(41) D. C. Bodenham. *Lancet*, **2**, 1943, 725.
(42) J. W. Hirchfeld, M. A. Pilling, C. W. Bugs et W. E. Abbott. *Journ. Amer. Med. Ass.*, 1944, n° 125, 1017.
(43) F. D. Murphy, A. C. La Boccetta et J. S. Lockwood. *Journ. Amer. Med. Ass.*, 1944, n° 126, 948.

Ellingson, Kadull, Brookwaller et Calderon Howe (44) ont rapporté 25 cas de charbon traités avec succès par la pénicilline. Trois ont été guéris par l'association sulfadiazine-pénicilline (1.000.000 à 4.000.000 U.). Les auteurs ont pratiqué une thérapeutique générale et locale (pansements titrant 1.000 U. par centimètre cube) ; ils insistent sur l'intérêt qu'il y a à pratiquer des infiltrations locales associées au traitement par voie intramusculaire.

2° *Érysipéloïde.* — Cette affection a été traitée avec succès par des injections intramusculaires de pénicilline (Costello (45)).

VI. — *Mycoses.*

Actinomycose. — Sur 12 malades atteints d'actinomycose maxillo-faciale, thoracique ou abdominale et soumis à la thérapeutique pénicillinique, Herrel, Nichols et Heilman (46) ont enregistré 2 échecs, 2 résultats favorables et 8 douteux (malades suivis pendant moins de 18 mois). Hendrickson et Lehman (47) ont noté 2 succès chez deux malades traités l'un par 2.000.000 U. pendant 16 jours et l'autre par 1.500.000 U. en 15 jours. Le drainage chirurgical n'a pas été nécessaire. Avec des doses de 5.000.000 U. et 5.200.000 U. Hamilton et Kirkpatrick (48) sont parvenus à faire cesser l'écoulement et ont noté une régression des lésions.

Garrod pense que les résultats très variables qui ont été enregistrés sont imputables à une sensibilité à la pénicilline différente suivant les souches d'*Actinomyces.*

VII. — *Dermatoses bulleuses à étiologie inconnue.*

Voici les observations rapportées par Huriez et Leborgne : une dermatose bulleuse type polymorphe de Dühring-Brocq : amélioration passagère ; un pemphigus : échec ; un pemphigus végétant à lésions cutanées et bucco-pharyngées : guérison.

Sur deux cas de Maladie de Dühring-Brocq soumis au traitement pénicillinique, le premier n'a subi aucune modification après 1.000.000 U. en 5 jours ; le second, après une thérapeutique par la sumédine (4 grammes par jour pendant 6 jours) puis par la pénicilline (100.000 U. par voie intramusculaire).

Griveaud et Achard (49), dans deux cas de syndrome bulleux à type pemphigus fébrile ont observé un cas de guérison et un cas de mort mal-

(44) H. V. Ellingson, P. J. Kadull, H. L. Brookwaller et Calderon. Howe. *Journ. Amer. Med. Ass.*, **131**, 1946, 1105.
(45) M. J. Costello. *Arch. of Dermat. Syph.*, **52**, 1945, 400.
(46) W. E. Herrel, D. R. Nichols et D. H. Heilman. *Journ. Amer. Med. Ass.*, **126**, 1944, 1003.
(47) G. G. Hendrickson et E. P. Lehman. *Journ. Amer. Med. Ass.*, **128**, 1945, 438.
(48) A. Hamilton et H. J. Kirkpatrick. *Brit. Med. Journ.*, 1945, 728.
(49) E. Griveaud et J. Achard. *Bull. Soc. Derm. Syph.*, 1946, n° 5-6, 366.

gré la thérapeutique pénicillinique. Les mêmes auteurs ont noté une véritable résurrection en 36 heures chez un nourrisson atteint de maladie de Ritter (800.000 U. par voie intramusculaire et 200.000 U. en pulvérisations).

Dans un cas de pemphigus tardivement traité, Margarot, Ravoire, Rimbaud et Bertrand ont signalé l'action temporaire de cet agent thérapeutique. Ces mêmes auteurs ont rapporté (50) deux observations de pemphigus aigu fébrile grave à marche rapide et d'un pronostic alarmant, où la pénicilline (1.000.000 U. dans le premier cas et 3.000.000 U. dans le second) a eu une action particulièrement efficace. La sulfamidothérapie était associée à la pénicillinothérapie.

Martin et Sureau ont également constaté les heureux résultats de cette thérapeutique par voie parentérale chez une malade atteinte de maladie de Dühring-Brocq.

VIII. — *Maladies tropicales.*

Nous ne ferons que les citer succinctement puisque ces affections ne sont pas d'ordre purement dermatologique. Nous signalerons que Varela, au Mexique, expérimente actuellement la pénicilline dans le traitement du *caraté*.

D'autres affections telles que le *pian* (tréponémose), le *sodoku* (spirillose) sont justiciables de la pénicillinothérapie.

Dans le traitement de l'*ulcère tropical*, la pénicilline en pommade semble être presque spécifique ainsi que le rapportent Cohen et Pfaff (51), Ugarriza et Quirno Codas (52).

IX. — *Affections où la pénicilline est sans effet.*

Ce sont : le lupus érythémateux, les leucémies aiguës, la maladie de Hodgkin, le pemphigus (?), la blastomycose, le granulome inguinal (Haserick (53)), les infections dues au pyocyanique et au proteus (Keefer (54)).

* *
*

Accidents et Incidents.

Jusqu'à présent, on n'a pas encore signalé d'accidents mortels consécutifs à l'administration de pénicilline. Mais on a rapporté de nombreuses observations d'intolérance même chez des sujets traités pour la première fois.

Expérimentalement, le sel de sodium de pénicilline semble être mieux toléré que le sel d'ammonium.

Accidents locaux. — La *douleur* au point d'injection peut devenir into-

(50) J. Margarot, P. Rimbaud, J. Rivoire et L. Bertrand. *Bull. Soc. Dermat. Syph.*, 1946, n° 9, 464.
(51) T. Cohen et R. Pfaff. *Arch. of Derm. a. Syph.*, **51**, 1945, 172.
(52) T. Ugarriza et P. Quirno Codas. *Rev. argentina Sif.*, **29**, 1945, 143.
(53) J. Haserick. *Arch. of Derm. a. Syph.*, **52**, 1945, 182.
(54) Ch. Keefer. *Amer. Journ. Med. Sc.*, **210**, 1945, 157.

lérable, en particulier chez les sujets nerveux traités par voie sous-cutanée ou intramusculaire.

Herrell (55) a observé environ 4 o/o de *thrombophlébites locales* après administration endo-veineuse de pénicilline.

Accidents généraux. — Divers auteurs ont signalé, chez certains malades, l'apparition de *pâleur* ou de *congestion* du visage, de *frissons* avec ou sans fièvre, de *fièvre* (Lyons), de *céphalées*, de *nausées*, d'*éosinophilie*, de *troubles gastro-intestinaux*. Plus rares sont les *picotements des testicules*, l'*asthme* (Price et coll. (56)), l'*hydarthrose* (Franks, Dobes et Romano (57)).

Parmi les accidents cutanés qui ont été le plus fréquemment observés après emploi de pommade à la pénicilline, on a cité l'*urticaire* (Keefer, Strazza). Si elle est généralisée, cette manifestation cutanée peut s'accompagner d'œdème labial, palpébral ou digital ainsi que d'arthralgies. L'urticaire peut apparaître soit dès le premier jour soit au cours du traitement ou de une à quatre semaines après la cessation de cette thérapeutique. L'épinéphrine amène rapidement la cessation de cet accident.

Wile (58) a signalé la tendance aux hémorragies. Chez les femmes enceintes, Bondet (59) a rapporté avoir observé des accidents légers (sensation de tension de douleur ovarienne, des coliques utérines, et des hémorragies 24 heures après le début du traitement).

Pyle et Rattner (60) ont publié le premier cas de *dermatite de contact* due à la pénicilline pure cristallisée chez un médecin qui préparait des solutions. Ces faits ont été confirmés par Markson (61), A. N. Barker (62), Oliveira Ribeiro (63) chez des malades atteints d'affections pyogènes et traités par l'onguent à la pénicilline. Les mêmes accidents ont été constatés par Binkley et Brokmole (64), Roxburgh et coll. (65). Goldman et coll. (66) ont vu une dermatite de contact se transformer en une dermatite exfoliative.

Binkley et Brokmole ont constaté l'apparition d'une *éruption papuleuse* des mains et des pieds chez un médecin atteint de dermatite de contact à la pénicilline, après injection parentérale de ce médicament.

Dans de nombreux cas, il s'agit d'une sensibilisation naturelle ou acquise à la pénicilline (Hailey et Milard (67), Strazza (68)). C'est ainsi que

(55) W. E. Herrell. *Journ. Amer. Med. Ass.*, **124**, 1944, 622 ; *South. Med. Journ.*, **37**, 1944, 150.
(56) D. E. Price, D. J. Mc Nairy et E. L. White. *Journ. Amer. Med. Ass.*, **128**, 1945, 183.
(57) A. G. Franks, W. L. Dobes et D. Romano. *Arch. Derm. a. Syph.*, **52**, 1945, 16.
(58) U. Wile. Conf. *Sté Dermat. Ministère Santé*, février 1946.
(59) P. Bondet. *Bull. Sté Derm. et Syph.*, 1946, 169.
(60) H. D. Pyle et H. Rattner. *Journ. Amer. Med. Ass.*, **125**, 1944, 903.
(61) J. A. Markson. *Arch. of Dermat. Syph.*, **52**, 1945, 384.
(62) A. N. Barker. *Lancet*, 1945, 177.
(63) D. Oliveira Ribeiro. *An. brasil. derm. sif.*, **20**, 1945, 370. Voir J. Gomez Obraneja. *Actas derm. sif. Madrid*, 1946, 825.
(64) G. W. Binkley et A. Brokmole. *Arch. of Dermat. Syph.*, **50**, 1944, 326.
(65) I. A. Roxburgh, R. V. Christie et A. C. Roxburgh. *Brit. Med. Journ.*, **1**, 1944, 524.
(66) L. Goldman, F. Friend et L. M. Mason. *Journ. Amer. Med. Ass.*, **131**, 1946, 883.
(67) H. E. Hailey et E. B. Milard. *U. S. N. Bull.*, **207**, 1945, 44.
(68) J. A. Strazza. *Journ. Amer. Med. Ass.*, **130**, 1946, 1071.

de nombreux auteurs ont constaté l'apparition de réactions cutanées immédiates chez des malades atteints d'eczéma, de dysidrose ou d'infections mycosiques des pieds et des jambes. Pour mettre ceci en évidence, Criep (69), Silvers (70), Cohen et Pfaff (*loc. cit.*), Gottschalk Weiss (71), Mc Guire (72) ont pratiqué des tests (par contact et des cuti-réactions) d'une part chez des individus qui manipulaient la pénicilline, d'autre part chez des sujets n'ayant jamais eu de contact avec cette substance. Tous ces sujets présentaient des accidents consécutifs à l'application d'onguent ou à des injections.

Enfin, comme réactions du type phénomène d'Arthus, on a signalé : une *éruption morbiliforme*, une *éruption scarlatiniforme* (Goldman et coll.), une *éruption maculo-papuleuse et prurigineuse des fesses* (G. Flenner, cité par Goldman ; Kolodny et Denhoff (73), des *éruptions érythémato-vésiculeuses aiguës avec fièvre.*

Les conclusions de ces auteurs sont très discordantes : pour les uns, les accidents seraient dus au sel de sodium de pénicilline amorphe contenant des substances impures ; mais d'autres affirment que la pénicilline pure, cristallisée, peut, elle aussi, produire des accidents.

Pour Lyons, les tests de sensibilisation resteraient le plus souvent négatifs malgré l'apparition des accidents.

Des expériences de Mc Guire, il ressort que l'onguent à la pénicilline brute produit un test positif accompagné d'une vésiculation érythémateuse ponctuée, que la cuti-réaction à la pénicilline brute est positive ; mais que les tests cutanés (*patch test*) et la cuti-réaction à la pénicilline pure demeurent négatifs. L'auteur conclut qu'il s'agit bien d'une sensibilisation cutanée à la pénicilline brute.

Sans toxicité pour le système nerveux et la moelle osseuse, la pénicilline ne provoque dans le sang qu'une éosinophilie passagère. Le rein ne semble pas devoir être touché et on n'a pas encore signalé d'albuminurie.

*
* *

Conclusions

Si la pénicillinothérapie donne d'excellents résultats dans le traitement des staphylococcies, elle est loin d'être « une méthode omnivalente » (Huriez).

Dans certaines affections cutanées, l'application locale de pénicilline, malgré la rapide cicatrisation des lésions, paraît ne produire qu'un effet

(69) L. H. Criep. *Journ. Amer. Med. Ass.*, **126**, 1944, 429.
(70) S. H. Silvers. *Arch. of Derm. a. Syph.*, **50**, 1944, 328.
(71) H. R. Gottschalk et R. S. Weiss. *Arch. Derm. a Syph.*, **53**, 1946, 365.
(72) Mc Guire. *Arch. of Derm. a. Syph.*, **53**, 1946, 31.
(73) M. H. Kolodny et E. Denoff. *Journ. Amer. Med. Ass.*, **130**, 1946, 1058.

passager et les récidives sont fréquentes dès l'arrêt du traitement. Aussi, de nombreux auteurs conseillent-ils d'associer aux applications locales, un traitement général.

L'avantage du traitement local réside dans la grande concentration du médicament dans le foyer infecté.

Dans le traitement de l'actinomycose, des dermatoses bulleuses et de certaines affections tropicales, les résultats sont encore trop inconstants pour juger la valeur exacte de la pénicillinothérapie.

Malgré, les incidents qu'elle a pu provoquer, la pénicilline demeure, en dermatologie, un excellent agent thérapeutique dont nous pourrons mieux apprécier la valeur quand des observations plus nombreuses seront venues s'ajouter aux travaux des premières années.

A PROPOS DE L'APPRÉCIATION CLINIQUE DES SÉRO-RÉACTIONS PARTIELLES DE LA SYPHILIS

Par Alexander ROTTMANN (Vienne)

Depuis quelques années, on constate, parmi les médecins, une désaffection pour la réaction de fixation du complément, dans le diagnostic de la syphilis, suivant la méthode initiale de Bordet-Wassermann. Au lieu de ce procédé, on recommande plutôt les réactions de floculation : réaction de clarification de Meinicke, réaction de floculation de Kahn, réaction au lentochol de Sachs-Georgi ; souvent la réaction au citochol est considérée comme particulièrement sensible.

Quoique ce problème intéresse surtout le syphiligraphe, la séro-réaction n'en est pas moins d'une importance capitale pour le neurologue aussi bien que pour le clinicien, toutes les fois que se pose le diagnostic de syphilis. Généralement, le médecin prend peu garde aux détails mêmes de la réaction ; il se fie entièrement au sérologue pour que celui-ci lui résume synthétiquement le résultat des réactions partielles d'après les usages de la nomenclature internationale, c'est-à-dire, habituellement, sous les termes de faiblement (+), moyennement (+ +) ou fortement (+ + +) positif, sans tenir grand compte des nuances dans les résultats partiels.

Des recherches poursuivies pendant plusieurs années et portant sur un grand nombre de malades atteints de différentes formes de la syphilis m'ont appris qu'il est absolument nécessaire de renouveler mensuellement les séro-réactions, de comparer les réactions partielles entre elles et de surveiller le virage éventuel des réactions après la « réinoculation du Luotest » (voir la note page suivante). L'étude des variations de la réaction de fixation du complément est indispensable pour établir le pronostic et le diagnostic de chaque cas et pour déterminer la thérapeutique à suivre.

Une de mes premières constatations a été que, suivant les cas, ou à mesure que se déroule l'évolution clinique, trois éventualités possibles se réalisent, en règle générale, dans la réponse du laboratoire pour exprimer sérologiquement la phase biologique au cours de la maladie : 1° la réaction de fixation du complément et les réactions de floculation sont, toutes positives ; 2° à la suite du traitement, la réaction de fixation du complément devient négative alors que les réactions de floculation restent positives ; 3° la réaction de fixation du complément est fortement positive (+ + +), tandis que les réactions de floculation sont faiblement positives (+) ou négatives.

L'étude détaillée des séro-réactions partielles révèle de même une différence entre la réaction de fixation du complément et les réactions de floculation. La réaction de Bordet-Wassermann représente à vrai dire, en effet, une méthode indirecte pour démontrer la réaction antigène-anticorps ; la preuve de la fixation du complément survenue par la réaction antigène-anticorps y est mise en évidence au moyen d'un système hémolytique intercalé. Par contre, les méthodes directes des autres séro-réactions partielles sont l'expression de la démonstration directe de la réaction antigène-anticorps sous forme d'une floculation, d'un ternissement ou d'une clarification se produisant dans un milieu approprié.

Comme l'ont montré les observations cliniques comparées, le caractère positif des deux réactions est toujours la preuve d'un processus en pleine évolution dans l'organisme. Ce caractère positif est, avant tout, le critère de la syphilis non traitée, mais aussi celui d'une résistance à tout traitement, que l'on observe dans les formes tardives de la syphilis avec permanence tenace des réactions positives. Comme premier signe d'un succès du traitement, la réaction de fixation du complément devient négative, puis les réactions de floculation diminuent graduellement pour devenir enfin complètement négatives. Un virage ultérieur de la réaction de fixation du complément est toujours la suite d'une nouvelle intensification de l'activité du processus. Cette délimination biologique peut être constatée encore plus exactement par la réinoculation sensibilisante de Luotest (1). Cette marque distinctive devient évidente surtout au cas de virage des réactions sérologiques après la réinoculation de Luotest. Nos nombreuses observations ont montré qu'en cas de syphilis latente et séro-négative, d'hérédo-syphilis séro-négative et de métasyphilis séro-négative, le virage de la réaction de fixation du complément ne se produit jamais, même quand les réactions de floculation sont devenues complètement positives. Ayant pu constater simultanément, au virage des réactions sérologiques, une amélioration clinique de l'état général, je crois pouvoir conclure à un enrichissement d'anticorps dans le sang. En d'autres termes : par la sensibilisation de l'organisme, un stimulus qui jusque-là n'atteignait pas la valeur-seuil et provenait d'un foyer syphilitique latent, se manifeste sérologiquement. Dans ce même sens on peut expliquer le renforcement des séro-réactions pendant et après une cure, coïncidant avec l'amélioration de l'état clinique. De même, on doit considérer les oscillations de l'intensité des réactions de floculation au cours de la maladie comme l'expression des conditions générales relatives à l'existence d'anticorps dans l'organisme.

(1) La réinoculation sensibilisante de Luotest est une introdermo-réaction, appliquée à la manière de la cuti-réaction à la tuberculine d'après Mantoux. Comme liquide d'examen on emploie le Luotest, produit de l'Institut sérothérapeutique de Vienne. Le Luotest est un extrait de syphilome du lapin syphilisé. L'expérience clinique a montré qu'une réinoculation intradermique donne des résultats utilisables seulement après six jours environ. Ce procédé a été dénommé par moi « réinoculation de Luotest ». Indépendamment du résultat de l'intradermo-réaction, on note quelquefois une influence de l'inoculation sur les séro-réactions : le virage positif de réactions précédemment négatives.

Par suite de ces variations des forces de résistance, on peut quelquefois noter une réaction positive de fixation du complément avec des réactions de floculation douteuses ou absentes. Les analyses répétées du sérum, dans un grand nombre de cas, ont mis en évidence que cette positivité + + + sérologique n'est pas l'effet du hasard et qu'elle persiste souvent pendant des mois. On en peut inférer avec raison qu'il n'y a pas de différence purement quantitative entre la réaction de fixation du complément et les réactions de floculation. En général, on est induit à considérer les réactions de floculation comme plus sensibles que la réaction de fixation du complément, et cela d'autant plus qu'au cours du traitement spécifique la réaction de fixation du complément devient négative la première, suivie de la disparition successive des réactions de floculation. Mais la positivité + + + permet la conclusion que, pour l'interprétation biologique, ce n'est qu'une différence qualitative qui doit par principe être mise en ligne de compte ;

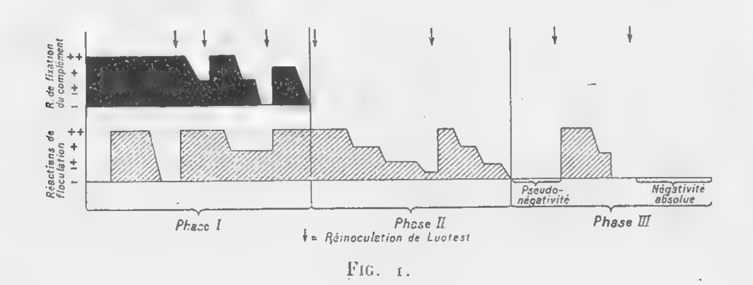


FIG. 1.

sinon et sous l'angle d'une appréciation clinique purement quantitative, les réactions de floculation devraient être positives dans tous les cas où la réaction de fixation du complément est positive. De plus, dans les cas semblables, par l'intensification des réactions de floculation on peut obtenir une sérologie complètement positive, effectuée au moyen de la réinoculation sensibilisante de Luotest. Quand, cependant, au cours du traitement la réaction de fixation du complément est devenue définitivement négative, il est possible d'observer des réactions de floculation entièrement positives, tandis que la réaction de fixation du complément reste toujours négative, même après d'innombrables réinoculations sensibilisantes.

Les connaissances acquises par des expériences de longues années et leur appréciation théorique et hypothétique peuvent être figurées graphiquement par la représentation suivante, prise dans le livre de A. Rottmann, *Neue Wege in der Diagnostik und Therapie der Lues* (fig. 1). Le report sur un système de coordonnées semble être la forme la plus adéquate d'une expression symbolique. Cette figure montre les degrés d'intensité des réactions de floculation rapportés sur l'ordonnée (négatif, douteux, positif, fortement positif), au-dessus de ce premier tracé se trouvent indiqués les résultats de la réaction de fixation du complément. Au point d'intersection des deux abscisses avec l'ordonnée, on voit la condi-

tion négative des deux réactions. Sur les abscisses, les différentes phases des possibilités sérologiques au cours de la syphilis sont enregistrées.

Considérant la première phase, elle montre que, jusqu'à sa limite, cette période de maladie est caractérisée non seulement par la présence d'une réaction de fixation du complément positive, mais aussi par des réactions de floculation positives. Comme je l'ai déjà dit, cette phase correspond cliniquement au processus syphilitique actif; elle est surtout le critère de la syphilis non traitée. De même, l'apparition des deux types de réaction, dans les cas de syphilis tardive, signifie recrudescence, et aggravation de la maladie. Les oscillations marquées des réactions de floculation, survenant souvent pendant cette phase, atteignent quelquefois le degré de positivité III, quand la réaction de fixation du complément est entièrement positive, tandis que les réactions de floculation manquent. Par l'augmentation de l'allergie de l'organisme, grâce à la réinoculation de Luotest, on peut obtenir dans chaque secteur de la première phase un renforcement de la réaction de fixation du complément aussi bien que des réactions de floculation (voir les flèches).

Ce n'est qu'après un traitement spécifique que la réaction de fixation du complément devient définitivement négative et qu'elle le reste, ce qui nous mène à une nouvelle phase du processus biologique dans l'organisme, indiqué sur la figure par une ligne de démarcation. Dans cette période de la maladie on obtiendra en effet par la réinoculation sensibilisante un renforcement de toutes les réactions de floculation, tandis qu'un virage positif de la réaction de fixation du complément ne se produit jamais.

La troisième phase est caractérisée par une sérologie entièrement négative, obtenue après une disparition graduelle des réactions de floculation. L'allergie renforcée au moyen de la réinoculation de Luotest peut alors causer un virage positif des réactions de floculation par suite d'un enrichissement d'anticorps, s'il existe encore des foyers syphilitiques dans l'organisme.

Cette ligne de démarcation, résultant de l'aspect sérologique, ne doit pas par principe être prise en considération seulement quant à l'appréciation thérapeutique du cas en question. Une sérologie complètement positive doit être jugée, en effet, autrement que par la seule présence des réactions de floculation, alors que la réaction de fixation du complément est négative malgré la réinoculation sensibilisante.

Considérant les différents cas au point de vue clinique, on voit que, dans les cas traités, où seules les réactions de floculation sont positives, il s'agit ou d'un succès thérapeutique ou, comme nous l'avons déjà dit, de la métasyphilis latente tardive ou de la syphilis congénitale. D'autre part, la majorité des malades des dispensaires neurologiques consiste en sujets qui, faute de symptômes objectifs, sont envoyés au neurologue avec le diagnostic « syndrome vaso-végétatif » ou « symptômes fonctionnels ». Si ces malades subissent un virage positif des réactions de floculation après réinoculation sensibilisante de Luotest, il s'agit probablement de foyers latents dans le sang circulant ou sous la forme anatomique de gommes ou de granulations. C'est la preuve que l'allergie accrue de l'organisme a provoqué la formation d'anticorps. J'ai donc dénommé ces cas « syphilis focale », et il va sans dire qu'on doit les juger autrement que les cas bien connus du dermatologue, ces cas très infectieux de syphilis primaire et secondaire avec leurs lésions cutanées et muqueuses et les cas florides cutanés du stade tertiaire avec sérologie complètement positive. J'ai dénommé ces dernières formes : « syphilis infectieuse ».

Il est bien clair que, pour ces cas, la déclaration obligatoire a été préconisée à titre de mesure d'eugénisme. Au contraire, on peut s'abstenir de la

déclaration chez des sujets dont l'augmentation d'allergie a produit un virage positif des réactions de floculation, étant donné qu'il n'y a plus de possibilité d'infection directe. Il est vrai qu'un tel foyer peut devenir le point de départ d'un processus actif. De plus on doit tenir compte d'une transmission de la maladie au fœtus par la femme enceinte. Par suite de la symbiose circulatoire de la mère avec le fœtus pendant la gestation, une dissémination focale peut avoir lieu, provoquant divers troubles de développement de l'enfant, bien connus chez les descendants de syphilitiques. Notamment, Fruhinsholz, de l'École française, a signalé le vaste domaine de la diathèse syphilitique avec sa riche symptomatologie, observée dans de nombreux cas gynécologiques d'hérédo-syphilis et dans les générations suivantes. Du reste, aujourd'hui, on ne peut plus nier la possibilité d'une transmission occulte de la syphilis. Rimbaud la nomme pertinemment « contamination minime ». La fréquence extraordinaire de ces cas étaye cette théorie. L'exemple le plus typique en est la syphilis conjugale, sur laquelle les auteurs français Galliot et Bertin ont spécialement appelé l'attention. Car si, par hasard, l'infection syphilitique est décelée chez la femme jeune à l'occasion d'un examen sérologique à cause d'un avortement, l'anamnèse fournit très rarement des indications d'une lésion primaire ou secondaire. Pratiquement, le mari est presque toujours un ancien syphilitique, traité insuffisamment et cliniquement sans symptômes, souvent avec une sérologie normale. Dans ces cas on peut supposer une contagion insidieuse de la femme, soit par un nombre très réduit de parasites, soit par des formes tréponémiques peu virulentes (Clément Simon, Mollinédo, Levaditi, Séguin, Bessemans, Manouélian), formes qui, après une longue période de latence, se manifestent par l'apparition de lésions cutanées et muqueuses de type tertiaire. Dans ces cas il s'agit d'une syphilis focale.

Or, je me crois autorisé à affirmer que la grande majorité des malades qui, faute de constatations objectives ou d'une anamnèse spécifique, sont fréquemment adressés au neurologue en raison de symptômes vasculaires et végétatifs souvent fonctionnels, doivent être rangés dans la même catégorie. Comme je l'ai mentionné plus haut, le diagnostic précoce peut être fait au moyen de la réinoculation sensibilisante par l'intradermo positive ou même par le virage positif des réactions de floculation. Concernant la genèse spécifique, nous devons admettre ou une infection insidieuse ou un foyer d'hérédo-syphilis.

Involontairement, la comparaison avec les aspects pathologiques de la tuberculose s'impose, car on y voit aussi, outre la tuberculose contagieuse, virulente, générale avec son infectiosité très prononcée, la forme de l'apicite, fermée en elle-même, qui paraît bénigne, presque anodine. De même, d'un point de vue clinique, à l'instar de la réaction à la tuberculine, l'intradermo-réaction de Luotest est appliquée avec succès pour le diagnostic de ces formes cryptogènes, pour mieux dire de ces formes de syphilis focale. Et le virage positif des réactions de floculation sert à mettre en évidence la valeur d'une appréciation diagnostique distinctive des réactions partielles sérologiques, comme nous l'a appris l'expérience clinique et pratique aussi bien que les réflexions théoriques et hypothétiques.

Quant à la thérapeutique, les cas de syphilis focale exigent toujours un traitement. Ce n'est pas le seul surprenant succès d'une cure qui en fournit la preuve, mais aussi, simultanément, l'obtention d'une négativité durable non seulement des réactions sérologiques mais aussi de la cuti-réaction. Mais, tandis que la cure combinée spécifique est le traitement de choix pour les formes syphilitiques actives avec sérologie entièrement positive, nous ne pouvons obtenir la guérison des formes focales (avec leurs gommes et granulations et leurs foyers cryptogènes) que par des moyens allergisants et une thérapeutique stimulante. C'est ici l'occasion de rappeler la malariathérapie employée par Fuhs avec succès dans les cas de syphilis tardive séro-résistante. Ce serait donc une faute de traiter sans cesse de tels cas, au dommage du malade, par des cures combinées spécifiques.

Toujours, cependant, le degré de positivité sérologique des réactions partielles et leur signification pour le diagnostic et le pronostic nous indiquera la thérapeutique à suivre dans chaque cas.

BIBLIOGRAPHIE

A. Bessemans. — Extrait du volume : *Hommage à la mémoire du Professeur Al. Slatineanu.*
A. Bessemans et A. de Moor. — *Revue belge des Sc. méd.*, t. **13**, n° 3, mars 1941.
A. Fruhinsholz. — *La Presse méd.*, n° 43, 26 septembre 1942.
A. Fruhinsholz. — *Gyn. et Obstét.*, t. **41**, n°s 11-12, 1941.
H. Fuhs. — *Wiener Med. Wschr.*, ann. **92**, n° 1, 3 janvier 1942.
Bertin et Galliot, Levaditti cit. d'après P. Rimbaud.
Rafael Mollinedo Herrera. — *Essai sur le cycle évolutif des spirochètes*, Paris, 1941.
P. Rimbaud. — *La Presse méd.*, n° 5, 4 mars 1944.
A. Rottmann. — *Wiener Med. Wschr.*, ann. **92**, n° 27, 4 juillet 1942.
A. Rottmann. — *Acta medica*, année **11**, n° 10, Madrid, 1944.
Clément Simon et R. Mollinedo. — *Bull. Soc. franç. Derm. et Syph.*, n° 9, décembre 1937.
Clément Simon et R. Mollinedo. — *La Presse méd.*, n° 46, 21 mai 1940.
Clément Simon et R. Mollinedo. — *La Presse méd.*, n° 37, 29 avril 1941.
Clément Simon et R. Mollinedo. — *Le Bull. méd.*, n° 18, 15 septembre 1943.

LES MANIFESTATIONS CUTANÉES DUES A LA TRYPARSAMIDE

Par P. TÉMIME (Marseille)

La Tryparsamide, sel arsenical pentavalent, est relativement peu employée en France. Elle l'est davantage aux Colonies où son action trypanocide est appréciée dans la lutte contre la Maladie du Sommeil.

Par contre, son usage est très répandu en Amérique du Nord. La Tryparsamide est couramment utilisée dans le traitement des neuro-syphilis. C'est dire la fréquence de son emploi.

Les inconvénients thérapeutiques de ce médicament, plus ou moins graves, sont bien connus. Ce sont, au premier chef, les accidents oculaires avec diminution progressive du champ visuel pouvant aller jusqu'à l'atrophie optique. Ces accidents sont le propre des arsenicaux pentavalents. On a plus rarement observé avec la tryparsamide, des crises nitritoïdes, des troubles digestifs : nausées, vomissements, des hépatites ictérigènes. La céphalée, l'asthénie avec perte de poids semblent moins rares. Mais ces incidents se rencontrent aussi bien avec les arsenicaux trivalents. Enfin on connaît, à titre exceptionnel, un onychoptosis généralisé consécutif au traitement par le médicament qui nous occupe.

Les manifestations cutanées réactionnelles à la tryparsamide sont particulièrement rares par rapport au nombre d'injections pratiquées et par rapport aux autres incidents de traitement. Elles sont surtout infiniment moins fréquentes que les réactions cutanées déterminées par les arsenicaux trivalents, arsenobenzènes en particulier.

E. Epstein (1) faisant le bilan de la toxicité cutanée des différents médicaments arsenicaux donne les pourcentages suivants :

Sulfarsphénamine	6,07 o/o	sur	7.912	injections
Néoarsphénamine	5,19 »	»	30.779	»
Arsphénamine	4,34 »	»	105.942	»
Mapharsen	1,33 »	»	92.857	»
Tryparsamide	0,85 »	»	10.967	»

Parmi ces réactions cutanées tryparsamidiques : prurit 0,25 o/o des cas, éruptions bénignes 0,45 o/o, dermatites, 0,15 o/o.

Les seuls cas rapportés, à notre connaissance, l'ont été dans la littérature Nord-Américaine et encore avons-nous seulement trouvé huit observations de dermatoses tryparsamidiques caractérisées, d'une gravité variable, au

cours de milliers d'injections. Ces réactions cutanées sont souvent survenues chez des malades antérieurement intolérants aux arsénobenzènes.

C'est ainsi que Robinson H. M. (2), a effectué, en dix ans, plus de 50.000 injections de tryparsamide. Il ne signale que 4 cas de réactions cutanées : 3 cas de dermatoses légères chez des malades ayant déjà présenté une intolérance cutanée aux arsenobenzènes et 1 cas d'éruption survenant après une longue période où le médicament fût bien supporté. Ce dernier cas concerne une éruption érythémato-pigmentée fixe à poussées nouvelles lors de chaque injection de tryparsamide. L'auteur souligne l'absence de toute action thérapeutique préventive et la négativité des tests cutanés (patch tests).

Bragman insiste sur la rareté et la bénignité des dermatoses dues à la tryparsamide (3). Il cite les 4.488 injections de Phelps J. R. qui n'ont déclanché qu'un seul cas de rash érythémateux avec fièvre et desquamation consécutive. Il rapporte une observation de dermatite exfoliatrice (O'Leary) venant compliquer un eczéma ancien de la face et des mains. Son observation personnelle est celle d'une érythrodermie desquamative grave chez un P. G. traité par la tryparsamide (après 5 injections) dont l'évolution dura 3 mois.

Robinson S. S. (4) reconnaît la rareté des accidents cutanés qui ne contre-indiqueraient pas la continuation de la tryparsamide. Mais il signale le risque d'érythrodermies. Il rapporte un cas où, chez un malade atteint de syphilis cérébro-spinale traité par la tryparsamide pendant 7 mois, survint une éruption maculo-papuleuse, secondairement squameuse. Cette éruption apparaissait à chaque nouvelle injection. L'arrêt du traitement fut nécessaire. L'auteur note que ce malade était déjà intolérant aux trivalents.

Aussi, à cause de la grande rareté de ces manifestations cutanées tryparsamidiques, croyons-nous opportun d'apporter notre contribution personnelle à cette question.

Observation. — V..., 44 ans, nous est adressé par le Médecin-Commandant P. Gallais pour une éruption rouge et œdémateuse importante du membre supérieur droit.

Ce malade présente une neuro-mélitococcie grave avec arachnoïdite, atteinte du VII, du nerf optique (neuro-rétinite ponctuée), paralysie des VIII avec surdité totale et ataxie vestibulaire, surdité qui rendra l'interrogatoire difficile. Présence de mélitocoque dans le liquide céphalo-rachidien. Séro-diagnostic positif dans le liquide céphalo-rachidien à 1/1.000. Cytologie dans le liquide céphalo-rachidien : 100 éléments; albuminorachie : 1 gr. Ce malade est traité par la tryparsamide, sans incidents, depuis plusieurs mois (P. Gallais).

L'éruption a débuté le 24 janvier 1946, le lendemain d'une intraveineuse de 1 gramme faite du côté gauche, par un œdème inflammatoire doublant le volume de la main droite.

A l'examen (25 janvier 1946) : main droite bouffie d'un œdème rose, dur, énorme. Avant-bras et bras droits massivements infiltrés par un œdème inflammatoire; très nombreuses bulles et phlyctènes, dont les dimensions varient d'une pièce de 0 fr. 50 à une pièce de 2 francs. D'autres phlyctènes, ovalaires, sont encore plus grandes, d'autres, ouvertes, laissent couler une abondante sérosité. Coude complètement

déformé par un gonflement profond au niveau des bourses séreuses. Peu d'intervalles de peau saine. Disparition des reliefs anatomiques du membre maintenu en extension difficilement réductible du fait de l'importance de l'infiltration œdémateuse. Œdème et érythème s'arrêtent au niveau de la région deltoïdienne.

Température à 37°4. Bon état général. Urines : ni sucre, ni albumine.

Traitement prescrit : Sulfadiazine 6 grammes. Pansements à l'huile goménolée.

Le lendemain (26 janvier 1946) : diminution de l'œdème de la main. Nouvelles bulles et phlyctènes sur l'avant-bras et le bras malades. Nombreuses sont celles qui sont vidées et affaissées. Extension de l'érythème, prenant un aspect érysipélateux avec bourrelet périphérique, envahissant l'épaule, le thorax (régions pectorales et scapulaires), dessinant les limites d'un « tricot de peau sans manches ». L'épaule droite est déformée par l'œdème. Au total : signes d'extension de l'érythrodermie œdémateuse; on pense à la possibilité d'une généralisation.

Le 29 janvier 1946, après 4 jours de traitement sulfamidé, amélioration considérable. Arrêt de l'érythrodermie dans ses frontières antérieures. Diminution nette de l'œdème, réapparition des saillies osseuses. Affaissement et assèchement de nombreuses phlyctènes.

Le 30 janvier 1946, amélioration progressive telle que la prise de sulfadiazine est suspendue après 30 grammes du médicament.

Le 1er février 1946, guérison complète de la dermatose érythémato-œdémateuse, mais apparition d'éléments nouveaux sur la peau, à type de papules nodulaires, roses, légèrement livides, grandes comme la pulpe du pouce sur le bras droit, légèrement prurigineuses.

Le malade n'est revu que près d'un mois après le dernier examen (28 février 1946). Nous apprenons qu'il a encore reçu, par erreur, 4 injections de 0,75 de tryparsamide les 19, 22, 25 et 27 février. Malgré la continuation involontaire de la médication, la guérison de l'érythrodermie œdémateuse localisée s'est maintenue. Persistance d'une pigmentation finement squameuse au niveau du siège des plus importantes bulles et phlyctènes préexistantes. Mais existence de nouveaux éléments papulo-nodulaires : bras droit, crêtes radiale et cubitale où elles peuvent évoquer un érythème noueux.

Le 4 mars 1946, le malade ayant encore reçu 0,75 de tryparsamide le 1er mars, signale légère réaction érythémato-œdémateuse, fugace, de la main droite. Constatation d'autres éléments, nouures plates dermo-hypodermiques, légèrement infiltrées et cyanotiques, prurigineuses, face antérieure de l'avant-bras droit et de la cuisse gauche, petits placards des dimensions d'une pièce de 1 franc.

Le 5 mars, nouveaux infiltrats dermo-hypodermiques, face externe de la cuisse gauche, l'un grand comme une pièce de 5 francs, les deux autres plus petits. Éléments nettement papuleux, extériorisés, légèrement prurigineux. Parmi les éléments déjà notés, certains persistent, d'autres ont rétrocédé.

Le 1er mai 1946, le malade est revu, plus de 3 mois après le premier examen. Persistance de zones de pigmentation squameuse, face antérieure de l'avant-bras et région de la saignée. La plupart des éléments nodulaires, dermo-hypodermiques a disparu, sauf deux, petits, lenticulaires sur l'avant-bras gauche et trois placards, plus grands sur la face antéro-externe de la cuisse droite.

Les examens et les tests suivants ont été pratiqués :

1° Examen du liquide de bulle. Cytologie, nulle, pas d'éléments cellulaires. Bactériologie, examen direct négatif, cultures négatives (en particulier ni streptocoques, ni melitensis, séro-diagnostic négatif dans le liquide de bulle;

2° Cuti et intradermo-réactions négatives avec le liquide de bulle;

3° Tests cutanés à la tryparsamide :

— en période de régression : épidermo, cuti, intradermo, hypodermo-réactions avec solutions de tryparsamide à 1/10 et 1/100 négatives (en peau saine);

— après guérison de l'érythrodermie : mais au cours de l'évolution des infiltrats nodulaires : épidermo, cuti, intradermo, hypodermo-réactions avec solution à 1/10 à droite, à 1/100 à gauche. Le lendemain, intra et hypodermo-réactions papuleuses. Le troisième jour, atténuation. Le quatrième jour, disparition de toute réaction.

Des injections d'histamine intra et hypodermiques près des tests précédents ont une action réactivante nulle;

— au total : tests négatifs en cours d'évolution et après guérison;

4° Bordet-Wassermann et M. négatifs.

Ainsi, chez un malade atteint de neuro-mélitococcie grave, traité par la tryparsamide dont il a reçu du 19 novembre 1945 au 21 décembre 1945 : 15 grammes, puis du 16 janvier 1946 au 23 janvier 1946 : 4 grammes, après une longue phase thérapeutique dénuée d'incidents, apparaît brusquement, le lendemain de la dernière injection, une érythrodermie bullo-œdémateuse localisée au membre supérieur droit. Après que la généralisation du processus ait pu être redoutée, cette éruption importante a guéri en 5 jours avec 30 grammes de sulfadiazine.

Dans les jours et les semaines suivantes, on a continué à injecter involontairement cet arsenical pentavalent sans qu'apparaissent de nouvelles poussées.

Il est seulement remarqué l'éruption d'éléments nodulaires, peu nombreux, plus ou moins fugaces, à type d'infiltrats dermo-hypodermiques.

Si le diagnostic positif de ces manifestations cutanées, apparues au cours d'un traitement tryparsamidique, semble ne devoir soulever aucune discussion, le problème étio-pathogénique de ces 2 sortes d'éruptions médicamenteuses paraît d'emblée plus intéressant. Ce problème soulève la discussion de l'origine des réactions thérapeutiques. Intoxication ? Intolérance, idiosyncrasique ou allergique ? Biotropisme ?

Les faits que nous exposerons par la suite nous ont amené à penser qu'il s'agissait là de réactions biotropiques indirectes de la tryparsamide œuvrant ainsi à la manière des arsenobenzènes.

Nous avons rapidement écarté la possibilité d'un biotropisme direct, d'une action réactivante du *B. melitensis* responsable de l'affection générale de notre malade. Et cela, d'une part parce que les éruptions signalées, comme rares, au cours de la Fièvre de Malte, ont des aspects hémorragiques, purpuriques (5) ; les érythèmes observés semblent être des complications de l'hypersudation caractéristique de l'affection (symptôme absent chez notre malade) ; d'autre part parce que la culture de liquide de bulle n'a pas décelé de *B. melitensis* et parce que le séro-diagnostic avec ce même liquide a été négatif. Notons toutefois que nous n'avons pas fait de réaction à la Mélitine.

Par contre nous avons été plus volontiers amené à voir dans cette observation le réveil biotropique d'une infection streptococcique. L'évolution de notre malade montre cliniquement 2 types de lésions dont la nature streptococcique a été souvent démontrée : c'est d'une part l'érythrodermie vésiculo-œdémateuse, d'autre part les infiltrats dermo-hypodermiques ou nouures streptococciques dont Degos a montré la fréquence.

La grande streptococcie, aiguë, explosive a été rapidement et nettement guérie par les sulfamides, sans autre thérapeutique générale. L'action streptostatique des sulfamides n'est plus à mettre en évidence. C'est là, à notre avis, un argument de valeur en faveur d'une réaction biotropique.

Par ailleurs, l'absence de nouveaux accidents malgré la continuation, involontaire, des injections du médicament en cause, s'inscrit très fortement et directement contre la possibilité d'accidents toxiques et contre une intolérance ou une sensibilisation ; le fait en lui-même semble pou-

voir se passer de commentaires. N'est-ce pas là un argument, indirect, certes, mais valable en faveur de l'origine infectieuse ?

En outre la négativité des réponses aux tests cutanées avec la tryparsamide, suspecte d'avoir été un réactogène ou un toxique, et cela même après essai de réactivation par l'histamine, vient montrer l'absence de nocivité médicamenteuse, que l'on considère des tests positifs, soit comme signe d'intoxication, soit comme signe d'intolérance. Dans ces derniers faits nous croyons devoir trouver un argument supplémentaire pour l'origine biotropique que nous soutenons.

*

* *

Les manifestations cutanées dues aux arsenicaux pentavalents peuvent donc se rencontrer. Elles sont semblables à celles qui sont déclanchées par les trivalents, arsenobenzènes surtout. Mais leur très grande rareté doit être soulignée.

Nous avons observé, au cours d'un traitement par la tryparsamide, des réactions cutanées qui nous semblent être dues au biotropisme de Milian. Elles se sont manifestées sous deux formes de streptococcie cutanée, l'une aiguë, intense, érythrodermique, localisée grâce aux sulfamides, l'autre, à poussées successives plus discrètes de dermo-hypodermite papulo-nodulaire.

BIBLIOGRAPHIE

1. Epstein. — Cutaneous toxicity of Mapharsen. *Am. J. of Syph.*, **25**, n° 2, mars 1941, 225-232 (Analysé par A. Touraine *in Ann. Derm.*, **1**, janvier 1946, p. 54).
2. Robinson (H. M.). — Fixed dermatitis due to tryparsamide. *Am. J. of Syph.*, **17**, octobre 1933, 507-509.
3. Bragman. — Tryparsamide dermatitis. *Am. J. of Syph.*, **18**, juillet 1934, 308.
4. Robinson (S. S.). — Dermatitis due to tryparsamide. *Arch. of Derm. and Syph.*, août 1936, n° 2, 251.
5. Thèse de J. Baugas, Tunis, 1927.

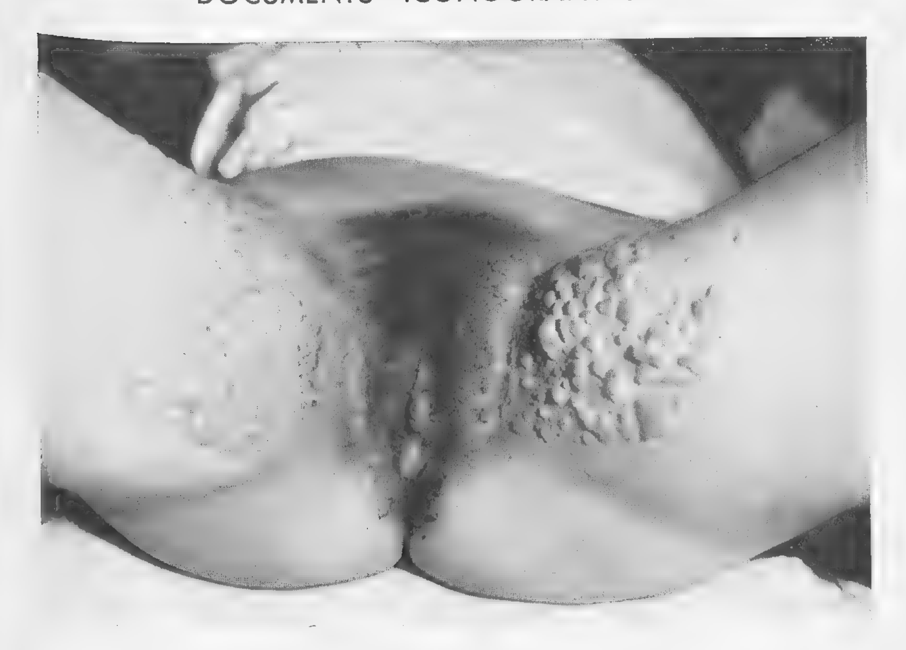


FIG. 57. — Maladie de Dühring-Brocq (GATÉ).

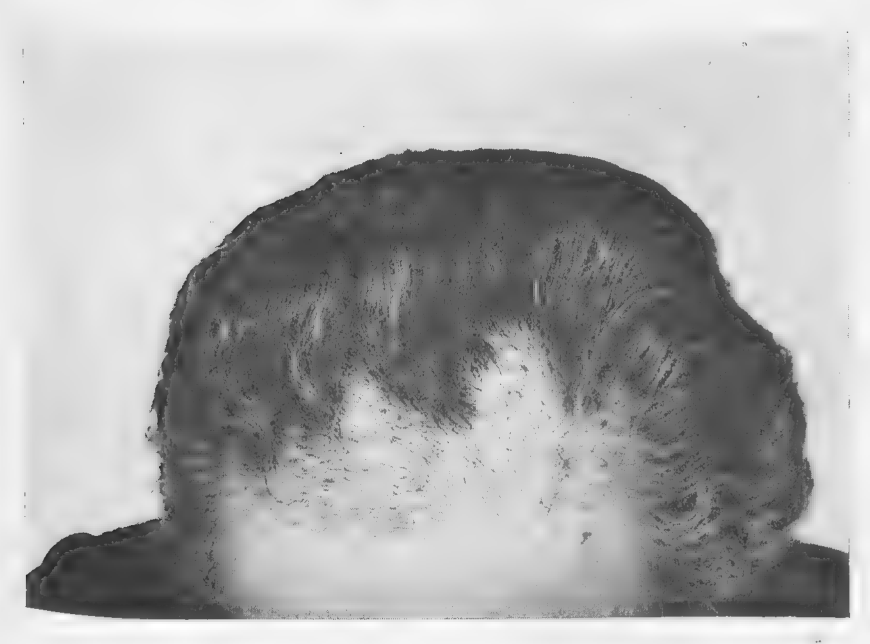


FIG. 58. — Trichoclasie idiopathique (éléments confluents sur la lisière frontale du cuir chevelu (SÉZARY).



FIG. 59. — Grand nævus linéaire de type comédon et atrophique (femme de 53 ans) (TOURAINE).



Fig. **60** — Érythème provoqué par le port de bretelles en caoutchouc (homme de 50 ans) (Tzanck).



Fig. **61**. — Acrodermatite phlycténulaire continue, type Hallopeau (homme de 43 ans) (Gougerot).



Fig. 62 — Vaste dermatose ulcéreuse de la région lombaire à la suite d'une injection pour expérience dans un camp de concentration en Allemagne (femme de 37 ans). (Flandin).

ANALYSES

41. — *Dermatoses dues aux vers.*

Ch. Sarrouy et Mlle Nourredine. — **Syndrome neuro-œdémateux et ascaridiose.** *Paris Médical*, année **35**, n° 5, 20 février 1945, pp. 51-52.

Les auteurs relatent l'observations d'un jeune Arabe qui présentait des œdèmes sans atteinte rénale apparente, se rattachant au syndrome neuro-œdémateux décrit par R. Debré, J. Marie et leurs élèves.

Après une période fébrile d'un mois et demi sont apparus :

1° un syndrome œdémateux avec hypertension artérielle sans albuminurie, sans hyperazotémie et sans cylindrurie ;

2° un syndrome neurologique avec hypertonie musculaire et troubles parétiques. L'évolution s'est poursuivie pendant deux semaines dans l'apyrexie. La mort est survenue au bout de ce délai.

L'autopsie a montré un double épanchement pleural et péritonéal, des reins congestionnés et durs, et dans l'intestin grêle la présence de nombreux ascaris qui étaient demeurés inaperçus pendant la vie.

Les observations de syndromes neuro-œdémateux publiées jusqu'à ce jour ont donné lieu à des divergences d'opinion sur la nature de ce syndrome. Pour les uns il s'agirait d'une carence alimentaire, notamment en vitamine B. Pour les autres il s'agirait d'une infection à virus neurotrope lésant les centres vaso-moteurs et trophiques du système nerveux. Cette dernière opinion tend à prévaloir, mais la présence des ascaris, non encore signalée dans les observations similaires, et qui n'est peut-être qu'une coïncidence, amène ici à se demander si ces parasites n'auraient pas joué un rôle dans l'apparition des accidents.

Lucien Périn.

40. — *Dermatoses par leishmania.*

J. Ranque. — **Etude clinique et épidémiologique du bouton d'Orient.** *Marseille Médical*, année **83**, n° 7, 15 juillet 1946, pp. 318-334. Courte bibliographie.

Bonne revue générale de l'historique, de la répartition géographique, des symptômes, des formes cliniques (forme lupoïde de Photinos; « types humides » plus aigus, c'est-à-dire forme ulcéro-végétante, granulomateuse, ecthymateuse), de l'anatomie pathologique (réticulo-endothéliose), du traitement local et général, de l'épidémiologie, de la microbiologie (agent pathogène, animaux sensibles, transmission, réservoirs de virus, immunité), de la prophylaxie.

A. Touraine.

41. — *Dermatoses par ultra-virus.*

P. Gastinel, R. Fasquelle et P. Arnaud. — **L'action dissemblable des facteurs de diffusion à l'égard de l'épithélio ou du neuro-virus vaccinal** *Annales de l'Institut Pasteur*, t. **72**, n° 5-6, mai-juin 1946, pp. 427-429.

On admet aujourd'hui que le neuro-vaccin a une affinité particulière pour le cerveau du lapin et cultive essentiellement dans le revêtement cutané, tandis que

le dermo-virus (ou, mieux, épithélio-virus) a une affinité prépondérante pour l'épiderme.

Les auteurs ont montré antérieurement qu'injecté au contact du système neuro-végétatif, le neuro-virus est seul capable de tuer l'animal avec virulence de l'encéphale.

Dans leur travail actuel ils étudient une autre méthode de dissociation, à savoir la manière très différente dont agissent les facteurs de diffusion à l'égard du neuro- et de l'épithélio-virus.

Les facteurs de diffusion utilisés provenaient de testicules de lapins ou de taureaux.

Si le facteur de diffusion et les virus sont inoculés par voie épidermique, le facteur est inefficace pour l'un et l'autre virus. De même, si, le vaccin étant déposé sur des scarifications cutanées, le facteur de diffusion est introduit directement par voie veineuse.

Si le facteur et le virus sont introduits directement dans le derme, il apparaît au contraire une dissemblance très nette : avec l'épithélio-virus on obtient une lésion de vaccine typique, mais un peu agrandie par rapport à la lésion déterminée par le vaccin seul.

Avec le neuro-virus on obtient une lésion d'une surface considérable pouvant atteindre plusieurs centimètres avec nécrose hémorragique et souvent même, à la périphérie, un essaimage de lésions plus réduites. La lésion ainsi produite est 10 à 100 fois plus grande que celle déterminée par l'injection témoin.

Quand le facteur est introduit isolément par voie veineuse, il exerce sur la lésion due au neuro-virus une certaine action activante, alors qu'il n'en exerce aucune vis-à-vis de la lésion due à l'épithélio-virus.

Ces actions s'expliquent par les propriétés des extraits testiculaires de modifier la perméabilité du tissu conjonctif par une sorte de fluidification du gel fondamental (par l'intermédiaire d'un enzyme qui attaquerait les constituants muco-polysaccharidiques du tissu conjonctif). F. Coste.

P. Bonét-Maury et M. Frilley. — **Action des rayons X sur le virus de la fièvre aphteuse et la vaccine.** *Annales de l'Institut Pasteur*, t. **72**, n° 5-6, mai-juin 1946, pp. 432-437.

Les auteurs ont déterminé par la méthode de l'irradiation aux rayons X et aux rayons γ le diamètre de ces deux virus : 17 mμ ou 24 mμ 5, selon le mode de calcul, pour le virus de la fièvre aphteuse, 15 mμ ou 21 mμ 5 pour le virus de la vaccine. F. Coste.

4t. — *Dermatoses par cocci.*

Johs. Boe. — **Recherches sur le rôle de l'allergie aux microbes dans les staphylococcies cutanées** (Investigations on the importance of bacterial allergy for the development of cutaneous infections due to staphylococci). *Act. Dermat. Vener.*, vol. **26**, fasc. 2, décembre 1945, pp. 111-135, 5 tableaux. Bibliographie.

J. B. croit que dans les staphylococcies cutanées, la façon de réagir de l'organisme a au moins autant d'importance que la virulence des microbes. Il a, pour vérifier son hypothèse, sensibilisé des lapins par des injections intradermiques de staphylocoques tués par du formol. Cette sensibilité passe par un maximum, puis décroît, même si on continue les injections. Elle est spécifique. Elle n'a pu être transmise d'un animal à un autre. Ses effets ne sont pas modifiés par des sérums antitoxiques.

Des injections intradermiques et sous-cutanées de doses minimes de microbes

morts, aussi bien que de microbes vivants, provoquent chez les lapins sensibilisés de grosses lésions suppurées; les abcès sont plus importants avec le staphylocoque doré qu'avec le staphylocoque blanc. Mais des staphylocoques blancs, non pathogènes pour des animaux neufs, ont provoqué des lésions importantes. Les lapins sensibilisés aux staphylocoques dorés réagissent aussi aux blancs et réciproquement.

Il a été cependant impossible de provoquer de vrais furoncles, même avec des frictions de cultures virulentes. Le lapin semble à cet égard, se défendre mieux que l'homme.

Il a été impossible de désensibiliser les animaux par des injections intradermiques ou sous-cutanées de vaccins. Des injections intraveineuses de ces vaccins ont eu plus de succès.

On a de bien meilleurs résultats (désensibilisation complète et durable) par des injections intraveineuses de filtrats de cultures, qui, eux, sont incapables de sensibiliser.

On est arrivé même par des injections intraveineuses de ce filtrat à désensibiliser 3 malades atteints de staphylococcies rebelles, et qui étaient hypersensibles. Mais les résultats thérapeutiques ont été très décevants : nuls dans un cas, très passager dans un autre, et avec récidive aussitôt le traitement cessé. Seule une acné très intense durant depuis très longtemps, a été améliorée, et ceci dès le début du traitement.

Ces traitements ont provoqué plusieurs fois des accidents de choc.

A. Civatte.

4v. — *Tuberculose cutanée.*

Roman Michalowski. — **Pseudo-sarcome surlupique** *Act. Derm. Vener.*, vol. **26**, fasc. 4, mars 1946, pp. 353-383, 10 figures, plusieurs tableaux. Bibliographie très complète et embrassant les études faites en trois pages sur la question des tumeurs malignes compliquant le lupus.

Travail très important dans lequel, l'auteur, à propos d'un cas personnel, passe en revue les cas décrits jusqu'ici de sarcomes développés sur lupus (53 cas). Dans l'observation qu'il présente, la tumeur montre sur presque toute son étendue, les figures histologiques d'un sarcome; mais en quelques points, l'apparence devient celle d'un épithélioma. Il conclut que c'est un pseudo-sarcome, c'est-à-dire un épithélioma de type très anormal, et qui pour une cause inconnue, revêt passagèrement l'aspect sarcomateux. Déjà Nugtten et Driessens avaient écrit que nombre de cas présentés comme des sarcomes sur lupus doivent être tenus pour des pseudo-sarcomes, en réalité des épithéliomas; et ils en avaient apporté pour leur part, 3 cas qui ne pouvaient que rentrer dans cette catégorie. R. M. ajoute le sien à ces trois cas indiscutables, et pense que toute la série des tumeurs soi-disant sarcomateuses apparues sur lupus, doit être « reconsidérée » à la lumière qu'apportent ces faits nouveaux.

A. Civatte.

Lapiere. — **La méthode de Fanielle-Charpy dans le lupus tuberculeux**. *Soc. belge de Derm. et de Syph.* (16 juin 1946) in *Brux.-Méd.*, n° 18, 21 juillet 1946, p. 805.

Statistique de 34 cas : 19 résultats très favorables, en apparence guéris, mais 5 récidives, après arrêt du traitement pendant 5 à 8 mois, récidives plus réfractaires au même traitement. Chez 3 malades cliniquement guéris : à la biopsie, persistance de lésions histologiques point de départ des récidives.

Opinion analogue de Van Runckelen : 60 o/o de guérisons, 40 o/o d'améliora-

tions. Intérêt d'associer vitamines et héliothérapie. Efficacité de la méthode surtout dans les localisations locales.

Lapière rappelle les bons résultats obtenus dans les *sclérodermies* et le *lichen plan.* L. Golé.

4w. — *Tuberculides.*

Olavi Kilpinen. — **Un cas de lupus érythémateux provoqué par une réaction cutanée au caoutchouc** (Ueber einen Fall von durch Gummireizung hervorgerufenen Erythematodes). *Act. Derm. Vener.*, vol. **26**, fasc. 4, mars 1946, pp. 329-338, 5 figures. Bonne bibliographie.

Ouvrière dans une fabrique d'accumulateurs. Le nez et la bouche sont protégés contre les poussières de plomb par un masque analogue aux masques à gaz. Après 6 mois de ce travail, apparition d'une lésion cutanée qui par ses caractères cliniques et histologiques doit être tenue pour un lupus érythémateux, sur toute la région couverte par le caoutchouc du masque. Le malade change d'atelier et quitte le masque : amélioration légère puis stabilisation des lésions. Pas de traces de plomb dans les coupes. Tests variés demeurent négatifs. Seule l'épreuve avec le caoutchouc du masque est positive ; la rougeur ainsi provoquée persiste plus de 15 jours.

L'A. note qu'après un mois de séjour à la clinique, la lésion avait presque disparu.

Note. — Peut-être en pourrait-on conclure qu'il y a quelques réserves à faire sur le diagnostic de lupus érythémateux ? (N. d. A.). A. Civatte.

M. Tottie. — **Tuberculides papulo-nécrotiques du pénis** (Papulo-necrotische Tuberculide am Penis). *Act. Dermat. Vener.*, vol. **25**, fasc. 1, juin 1945, pp. 95-99, 1 figure. Bibliographie.

Homme, 49 ans. Aucun antécédent de tuberculose. Petites papules sur le pénis qui s'ulcèrent et se recouvrent d'une croûte, mais se ferment après plusieurs mois en laissant des cicatrices. Aucune réaction ganglionnaire. Réaction à la tuberculine positive. Obscurité au sommet droit. On arrive par élimination, au diagnostic d'éruption de tuberculides papulo-nécrotiques localisées à la verge. A. Civatte.

W. Freudenthal. — **La mucine dans le granulome annulaire** (Mucin in Granuloma Annulare). *Proceedings of the Royal. Society of Medicine (Section of Dermatology*, 18 janvier 1945), vol. **38**, n° 4, mai 1945, p. 333.

Déjà signalée par Prunty et Montmorency (*Arch. of Derm. a. Syph.*, **46**, 1942, p. 394), la mucine a été retrouvée par F., en 1933, dans 24 cas sur 29 de granulome annulaire, sur les biopsies même multiples des lésions. Plus récemment, F. l'a, à nouveau, constatée dans 3 sur 7 nouveaux cas, pour le mieux à la thionine, sinon au cristal-violet. Sa distribution est irrégulière, dans un ou deux foyers alors qu'elle manque dans les autres. A. Touraine.

4x. — *Lèpre.*

R. Chaussinand. — **Essais de culture du bacille de Hansen.** *International Journal of Leprosy*, t. **9**, n° 1, janvier-mars 1941, p. 69.

Sur 1.000 ensemencements de 89 lépromes et 3 rates de lépreux, 3 cultures en série de bacilles acido-résistants ont été obtenues, une de bacille tuberculeux, deux de bacilles paratuberculeux chromogènes, avirulents pour le cobaye, le singe. Chez le macaque, l'injection de ces dernières cultures a déterminé des manifestations analogues à celles qui suivent l'inoculation de bacilles de Hansen.

A. Touraine.

R. Chaussinand. — **Inoculation du bacille de Hansen au singe.** *International Journal of Leprosy*, t. **9**, n° 2, avril-juin 1941, p. 203.

3 à 5 semaines après l'inoculation au macaque de suc de lépromes, apparition

de nodules qui se résorbent en un mois et demi. A mesure qu'on répète les inoculations, de nouveaux nodules se forment et disparaissent plus rapidement. A partir de la quatorzième série, il ne se produit plus rien, quelle que soit la dose. L'autopsie du singe, mort après la 18e inoculation, n'a montré aucune lésion, comme si une immunisation s'était produite. Le macaque n'est donc pas réfractaire à la lèpre.

A. Touraine.

J. Tisseuil. — **Essai d'interprétation de la réaction de Mitsuda.** *Bulletin de l'Académie de Médecine*, année **110**, 3e série, t. **130**, nos 27 et 28. Séance du 30 juillet 1946, pp. 499-502. Bibliographie.

La réaction de Mitsuda, négative dans 65 à 92 o/o des cas de lèpre cutanée, se montre positive dans 66 à 97 o/o des cas de lèpre dite nerveuse ou tuberculoïde.

Dans la *lèpre cutanée*, elle est négative tant que les tissus contiennent des bacilles lépreux, ce qui est la règle aussi bien dans les tissus apparemment sains que dans les tissus cliniquement malades. Elle devient positive quand les bacilles disparaissent. Elle redevient négative lors des rechutes.

Elle est spécifique, car tous les autres bacilles acido-résistants, y compris le bacille de Stefansky, donnent une réaction positive.

Dans la *lèpre tuberculoïde*, elle est positive au niveau de la peau saine et au niveau des taches. Elle n'est pas spécifique car les bacilles de Kedrowsky, de Cleeg et les paratuberculeux en général donnent également une réaction positive.

La réaction est positive dans une proportion variable, mais importante, chez les personnes saines ou atteintes d'autres infections, aussi bien dans les pays endémiques que dans ceux qui sont indemnes de lèpre.

D'autre part tous les lépreux atteints de lèpre cutanée ou de lèpre tuberculoïde présentent une réaction positive à l'antigène de lèpre du rat préparé comme dans la lèpre humaine.

Ces faits en apparence contradictoires sont d'une interprétation difficile. Si le rôle de l'allergie a été invoqué dans la lèpre cutanée, cette explication ne saurait s'appliquer à la lèpre tuberculoïde puisque la réaction positive qu'on observe dans cette dernière se retrouve chez les sujets porteurs de bacilles acido-résistants en général et même chez les personnes saines.

Lucien Périn.

4ab. — *Brucelloses.*

S. Lomholt. — **Exanthème généralisé dû à une brucellose, chez un chirurgien** (Generalized allergic Brucella exanthema in a veterinary surgeon). *Act. Derm. Vener.*, vol. **26**, fasc. 4, mars 1946, pp. 314-320, 2 figures.

Description des deux formes connues de brucellose cutanée. Le type le plus rare est dû à une inoculation par la viande ou la peau d'animaux infectés des pustules ou siège de l'inoculation, puis ulcération, enfin lymphangite et adénite correspondantes. La forme la plus fréquente (Haxthausen et A. Thomsen) est de type « allergique ». On ne la voit que chez les vétérinaires. Elle est provoquée par le contact de la muqueuse génitale de la vache infectée par le *Bac. abortus*, avec le bras de l'opérateur qui a aidé l'animal à vêler.

L'éruption est très localisée, et ne s'étend que rarement au visage, au cou et au thorax. Elle est faite de papules folliculaires, puis de papulo-vésiculettes; la vésicule se dessèche en croûte, et au-dessous de celle-ci, on voit parfois une érosion putéiforme. Au total, aspect de tuberculides papulo-nécrotiques; et l'éruption rappelle celle qu'on provoque chez les tuberculeux avec la pommade à la tuberculine de Moro. Il a d'ailleurs été possible de reproduire l'éruption chez des sujets

sensibilisés avec une pommade à l'abortine (extrait glycériosé du bacille abortus), et de pratiquer chez eux une cuti-réaction en tout semblable à la cuti-réaction de la tuberculose.

Le cas de S. L. diffère des cas de Haxthausen et Thomsen en ce que l'éruption est généralisée. Le sujet en a présenté d'autres fois du type classique. Test à l'abortine positif. A. CIVATTE.

4ac. — *Rickettsioses.*

P. DELBOVE. — **Les fièvres typho-exanthématiques en Indochine méridionale.** *Archives des Instituts Pasteur d'Indochine*, t. **8**, n° 29-30, avril-octobre 1939, pp. 33-40. Bibliographie.

Aperçu d'ensemble sur le typhus murin (100 cas à Saïgon depuis 1934) et les pseudo-typhus tropicaux (pseudo-typhus type Schüffner et typhus des broussailles ou « scrub-typhus » vu en 1937 au Cambodge). A. TOURAINE.

5b. — *Avitaminoses.*

T. DESMONTS. — **Les manifestations cutanées de la carence alimentaire dans un groupe de déportés politiques.** *Société des Sciences médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc méditerranéen*, 11 janvier 1946.

Ce sont : hypoïdrose précoce, plus marquée encore en saison froide, mais disparaissant rapidement après le retour à un régime normal; parakératose des mains et des membres inférieurs; pigmentation du type mélanose de Riehl, sans atteinte des muqueuses. A. TOURAINE.

B. PLATT. — **Notes sur quelques manifestations cutanées des déficiences alimentaire** (Notes on some cutaneous manifestations of dietary deficiencies). *British médical Bulletin*, t. **3**, n° 7-8, 1945, art. 736, pp. 179-182, 16 figures. Bibliographie.

Après une rapide revue d'ensemble des troubles cutanés dus à l'insuffisance alimentaire en général, P. rappelle les manifestations des avitaminoses.

AVITAMINOSE A. — Kératose folliculaire ou phrynoderma, sécheresse de la peau (premier degré de la kératose), de mécanisme obscur puisque l'épiderme ne renferme pas de vitamine A (Cornbleet et Popper, 1942).

AVITAMINOSE EN COMPLEXE B_2. *Acide nicotinique.* — Son administration entraîne un pâlissement de tous les érythèmes congestifs (Spies, 1938), une rapide desquamation des dermatoses (Brown, 1944). Sa déficience détermine des taches noirâtres sur les fesses, les zones de pressions du dos ou d'irritation du périnée (Trowell, (1941).

Riboflavine. — Sa déficience provoque de la cheilite, un érythème ou une fine desquamation des sillons naso-labiaux (Sebrell et Butler, 1938).

Pyridoxine (vitamine B_6). — Elle améliore l'acné vulgaire chronique post-pubérale (Jolliffe, 1942), diminue la séborrhée au point de donner parfois sécheresse et desquamation de la peau; elle entretient l'intégrité de la muqueuse des lèvres et des commissures et guérit les cheilites (Smith et Martin, 1940).

Acide pantothénique. — Quoique sa déficience entraîne un grisonnement du pelage chez le rat, elle ne semble pas intervenir dans le blanchissement des cheveux chez l'homme (Brandaleone, 1944). Cependant, sa déficience, chez l'enfant, s'accompagne d'une légère diminution du pigment des cheveux. Le pantothénate de calcium améliorerait les glossites et les cheilites (Field, Green et Wilkinson, 1945).

Biotine. — Sydenstricker (1942) donne à des hommes un régime dont le blanc d'œuf fournit 30 o/o des calories; il obtient une fine desquamation cutanée, une

pâleur cendrée de la peau et des muqueuses qui disparaissent après l'administration de biotine.

Acide p-aminobenzoïque. — Il provoquerait un noircissement des cheveux (Sieve, 1941).

Inositol. — Gompertz et Feder (1943) ont guéri avec 1 gramme par jour de ce produit 2 cas d'éruption prurigineuse et desquamante.

Concentrés de vitamine B. — La kératose folliculaire du nez qui a résisté aux divers éléments du complexe B_2, guérit par la levure autoclavée ou l'extrait de foie (Smith et Callaway, 1941). Gross (1944) dit guérir le psoriasis par les phosphatides de la fève de soja et le germe de blé, qui renferment choline et inositol. Field, Parnall et Robinson (1940) font disparaître en 2-3 semaines des dermites pellagroïdes, ichtyosiformes, hyperkératosiques par le complex vitamine B_2 à assez haute dose.

Acides aminés. — Leur déficience est invoquée dans les ulcères tropicaux (Platt et Webb, 1945), Peters (1945) guérit 2 cas de dermatite exfoliatrice grave en donnant cystine ou cystéine.

Avitaminose C. — Sa déficience est bien connue dans le scorbut; mais la vitamine P (Scarborough, 1943), la vitamine K (Kark et Souter, 1941) peuvent avoir les mêmes effets. L'avitaminose C peut produire une kératose folliculaire (Grandon, 1940).

L'A. insiste sur les difficultés que peut rencontrer le diagnostic des avitaminoses et sur les précautions dont il faut s'entourer pour poser ce diagnostic.

A. Touraine.

H. Stannus. — **Vitamine A et peau** (Vitamin A and the skin). *Proceedings of the Society of Medicine (Section of Dermatology*, 15 février 1945), vol. **38**, n° 4, mai 1945, pp. 337-342, bibliographie et discussion.

La question a été maintes fois soulevée, même par une enquête du Ministère de la Santé anglais en 1942, des rapports qui peuvent exister entre la kératose folliculaire (« phrynoderma » de Nicholls) et une déficience en vitamine A. Frazier et Hu (1931), Lœwenthal (1933), Nicholls (1933), Aykroyd et Rajagopal (1936), Fasal (1944) ont montré la particulière fréquence de cette kératose chez les sujets en carence de vitamine A (prisonniers par exemple).

De ses recherches, S. conclut à l'identité de la kératose folliculaire avec la classique kératose pilaire. La pathogénie en reste incertaine, mais il semble douteux que l'avitaminose A en soit la cause spécifique; elle n'est qu'un facteur accessoire. Il s'agit d'une réaction de peaux prédisposées par un facteur racial ou familial, due à des troubles du métabolisme. Ces troubles peuvent être traumatiques (froid par exemple) ou par nutrition défectueuse (déficience en vitamine A ou B ou E ou en acides gras).

Cet avis est partagé par la plupart des orateurs qui prennent part à une longue discussion sur ce sujet. Cependant Goldsmith rappelle les localisations différentes des deux types de kératose et Roxburgh souligne le caractère génodysplasique de l'affection.

A. Touraine.

A. Porter et E. Godding. — **Recherches sur l'adaptation au noir chez des sujets atteints de dermatoses** (Dark-adaptation studies in patients with diseases of the skin). *British medical Journal*, n° 4.406, 16 juin 1945, pp. 840-841, 2 tableaux. Bibliographie.

Les troubles de l'adaptation en chambre noire sont le meilleur indice de la carence en vitamine A (Bicknell et Prescott, 1942; Kohn, Milligan et Wilkinson, 1943). Or les A. n'ont prouvé aucune différence nette de cette adaptation chez

103 sujets atteints de dermatoses diverses et chez 101 témoins. Il ne semble donc pas qu'il existe de carence en vitamine A chez ces sujets. Ceux-ci comprenaient 7 acnés, 7 alopécies, 44 dermatites diverses, 16 eczémas, 3 lichens, 3 urticaires, etc.

A. Touraine.

H. L. Baer et H. Vogel (Pittsburgh). — **L'étude biophotométrique de la vitamine A en dermatologie** (The biophotometric study of Vitamin A in dermatological conditions). *The urologic and cutaneous Review*, t. **44**, n° 3, mars 1940, pp. 176-181. Bibliographie.

Après un rappel détaillé des diverses manifestations cutanées qui ont été rapportées à une hypovitaminose A, les auteurs exposent leurs recherches personnelles. Ils ont évalué la carence en vitamine A par le biophotomètre qui mesure la proportion avec laquelle se régénère le pourpre rétinien qui se reforme par synthèse aux dépens de la vitamine A; 240 cas de dermatoses diverses ont été ainsi étudiés. Ils concluent qu' « il faut être sceptique en matière d'enthousiasme pour la vitamine A ». Cliniquement la vitamine A en application cutanée ou par l'alimentation donne de bons résultats s'il existe une avitaminose, mais la difficulté réside dans la vérification de cette avitaminose. Le biophotomètre n'est pas un instrument de précision pour évaluer la carence en vitamine A dans les dermatoses. La voie cutanée permet assez l'absorption de vitamine A pour donner une amélioration clinique dans quelques cas d'acné vulgaire, d'ichtyose et de sécheresse de la peau.

A. Touraine.

S. S. Zilda. — **Mise au point de la question de la vitamine C.** *Bulletin médical britannique*, t. **2**, 1944, n° 10-11, pp. 218-221.

L'A. s'élève contre les exagérations qui ont été commises à propos de la vitamine C en pathologie, des besoins de l'organisme dans cette vitamine et du phénomène de « saturation ».

Certains ont été satisfaits de l'acide ascorbique dans différentes affections notamment dans les maladies cutanées, la cicatrisation des plaies, l'immunité, etc. « Ces affirmations ont été contredites par d'autres chercheurs... On peut dire, en règle générale, qu'aucune preuve n'a été donnée de l'influence heureuse de la vitamine C dans le traitement d'autres affections que le scorbut. »

A. Touraine.

R. Degos. — **Nouveaux syndromes cutanéo-muqueux d'avitaminose C : glossites dépapillantes, diminution des sécrétions salivaire et sudorale, onyxis.** *Bulletin et Mémoires de la Société Médicale des hôpitaux de Paris*, 3e série, année **60**, 1944, nos 19-20-21-22-23-24, p. 303.

Trois ordres de manifestations cutanéo-muqueuses coexistent avec une carence de vitamine C et guérissent par l'acide ascorbique :

La glossite dépapillante, avec sécheresse de la bouche et glossodynie, sensation de brûlures. La région péri-buccale peut être le siège de lésions croûteuses et fissuraires surtout aux commissures, réalisant l'aspect de la perlèche streptococcique.

L'absence de sécrétion sudorale avec peau sèche parfois parakératosique et diminution des sécrétions sudorales.

Les altérations unguéales, en particulier koïlonychies, les diverses manifestations s'accompagnent habituellement de troubles généraux : asthénie, amaigrissement, anémie légère, anorexie, troubles digestifs, hypoacidité avec hypochlorhydrie gastrique.

H. Rabeau.

BOULNOIS. — **Les psychoses par avitaminose et leur association au syndrome neuro-cutané des maladies par carence en riboflavine et en acide nicotinique** *Médecine Tropicale*, année **5**, n° 3, juillet-septembre 1945, pp. 239-249. Pas de bibliographie.

Bonne revue générale portant sur :

1° L'HYPORIBOFLAVINOSE. — Séparée de la pellagre par Hugh Stannus (1911, au Nyassa) elle est caractérisée par :

a) *Lésions muco-cutanées :* congestion douloureuse et érythémateuse des lèvres (cheilite dans 100 o/o des cas d'après Stannus, 1930, 1936), de la langue (aspect vernissé, rouge « férocе » ou « magenta », dans 100 o/o), des narines (60 o/o), des fentes palpébrales (75 o/o), du scrotum (60 o/o), du prépuce (22 o/o), de la vulve (40 o/o), de l'anus (22 o/o), de la face interne des cuisses ou de la peau (22 o/o), du visage (22 o/o). La « stomatite angulaire » de Stannus (100 o/o) consiste dans la réunion des lèvres, aux commissures, suivant un sillon qui se prolonge non vers la peau mais vers la face interne des joues.

b) *Lésions nerveuses et mentales* : les lésions oculaires se compliquent souvent de congestion circumcornéenne, puis cornéenne, de kératite interstitielle avec opacité et même d'iritis franche, de névrite optique. Il s'y ajoute des troubles de l'audition dans 45 o/o. Les troubles de l'hyporiboflavinose sont surtout sensoriels, cérébelleux (ataxie, astasie, asynergie, adiadokocinésie, nystagmus, vertiges, tremblements, réflexe pendulaire du genou) et mentaux (apathie, hyperémotivité, rire et pleurer faciles, faciès de type parkinsonien). On connaît aussi des paresthésies, de l'asthénie musculaire. Le tout a tendance à grande variabilité, à oscillations vers la guérison ou l'aggravation.

Le tout guérit facilement (sauf les lésions avancées de l'œil) par l'ingestion de riboflavine, mais n'est pas influencé ou même s'aggrave par l'acide nicotinique.

La lésion essentielle réside dans une congestion des capillaires, due à une diminution du pigment jaune dans leurs cellules endothéliales. Les troubles nerveux se rapprochent de ceux qui relèvent d'une intoxication chronique par l'oxyde de carbone, celui-ci étant capable de rendre inactive l'oxydase cytochrome des cellules.

Rappelons que la riboflavine ou vitamine B_2 est un des constituants du « ferment jaune » de Warburg, qui se trouve dans tous les tissus animaux; elle y est combinée à l'acide phosphorique par une des fonctions du ribose; d'autre part elle est combinée à une protéine spécifique, sous le nom de flavoprotéine ou « ferment jaune ». La dose quotidienne nécessaire à l'organisme est de 2 à 4 milligrammes.

2° L'ANICOTINOSE AIGUË. — Outre les symptômes cutanés précédents (qui restent au second plan), elle est surtout caractérisée par un syndrome mental subit et grave qui entraîne la mort en 4 à 5 jours mais guérit définitivement en 1 à 2 jours par l'ingestion de 0 gr. 50 d'acide nicotinique. Il s'agit généralement de sujets de plus de 50 ans, mal nourris, chez qui apparaît brusquement un syndrome confusionnel, avec délire souvent bruyant, puis une prostration intense ou une excitation maniaque. Aucune lésion à l'autopsie.

Cet état est bien distinct de la folie pellagreuse et des troubles mentaux de l'hyporiboflavinose. A. TOURAINE.

P. CARLEY (Sparta, Illinois). — **Histoire de la pellagre aux Etats-Unis** (History of Pellagra in the United States). *The Urologic and Cutaneous Review*, vol. **49**, n° 5, mai 1945, pp. 291-303, longue bibliographie.

Long exposé de l'histoire de la pellagre en Europe (mal de la rosa, au lac Majeur, en Italie, en 1750) puis, surtout aux États-Unis (premier cas de Gray en 1864 à Utica, N.-Y.). Étude de ses théories pathogéniques, de son traitement diététique et vitaminique. A. TOURAINE.

Charlin. — **Les formes mono-symptomatiques de la pellagre.** *Société de Médecine militaire Française*, bulletin mensuel, année **34**, n° 1, janvier 1945, pp. 35-38.

L'auteur rapporte plusieurs cas de pellagre, à forme mentale, à forme intestinale. Il attire l'attention sur des syndromes qui peuvent évoluer mortellement si l'on méconnaît le processus étiologique.

L'examen minutieux du malade, la recherche d'autres signes très discrets de pellagre, surtout des signes cutanés, ainsi que celle de la porphyrinurie, apportent des éléments précieux, tandis que le dosage des vitamines dans le sang n'apporte aucun renseignement utile et pratique actuellement; mais c'est la vitaminothérapie, en utilisant les doses de 1 gramme par jour qui dans un délai maximum de quinze jours doit confirmer de façon indéniable le diagnostic.

L'utilisation des doses infimes, qui amènent la guérison des signes cutanés, n'améliore pas toujours les autres formes cliniques.

L. Ferrabouc.

E. Bonzelot, P. Bardin, P. Galmiche et J. Sénécal. — **Scorbut et vitamine P.** *Bulletin et Mémoires de la Société Médicale des hôpitaux de Paris*, 4e série, année **61**, nos 1, 2, 3 et 4, 1945, pp. 22-24, 1 figure. Bibliographie.

Observation d'un cas de grand scorbut, rebelle à la vitamine C et guéri par la vitamine P. Il confirme la théorie de Szent-Gyorgyi pour lequel le scorbut est une double avitaminose C + P. La vitamine P utilisée est l'*épicatéchine* qui possède actuellement la plus haute activité vitaminique P. H. Rabeau.

J. M. Bauer et R. H. Freyberg. — **Intoxication par la vitamine D avec calcifications métastatiques** (Vitamin D intoxication with metastatic calcification). *The J. A. M. A.*, t. **130**, n° 17, 27 avril 1946, pp. 1208-1215, 8 figures. Bibliographie.

Étude d'ensemble sur les incidents dus à l'absorption de vitamine D, basée sur un cas personnel et 6 cas antérieurs.

L'A. rappelle en particulier l'observation de Putschar (nourrisson mort à 5 mois et 1/2 et ayant reçu depuis la 10e semaine jusqu'à cette date 2 mgr. 2 d'ergostérol irradié par jour : albuminurie puis hyperpyrexie et mort avec dépôts calcaires dans le rein), et les 2 cas analogues de Thatcher. Parmi les 4 cas, plus récents, de Ross et Williams, une autopsie permit de constater des calcifications dans le muscle cardiaque, dans les reins, dans les alvéoles pulmonaires et dans les tuniques de l'estomac.

L'A. rapporte un cas personnel, avec étude nécropsique, chez une femme de 29 ans, qui, pendant un an, avait reçu 100.000 à 500.000 U. I. d'ergostérol irradié par jour.

L'intoxication par la vitamine D est caractérisée par des calcifications dans différents organes (reins, estomac, artères, myocarde). Cliniquement : anorexie, nausées, vomissements, diarrhée, polyurie, lassitude et céphalée. On a pu constater (Reed, Struck et Steck) une pigmentation de la peau, comme chez la malade présentée par les auteurs (petites zones de pigmentation brunâtre).

L. Golé.

5c. — *Dermatoses par troubles de la nutrition.*

Lucien Cornil et Jean Vague (de Marseille). — **Les lipodystrophies.** *Gazette des Hôpitaux*, année **117**, n° 18, 1er décembre 1944, pp. 277-281.

Les auteurs désignent sous ce nom les perturbations dans le développement du tissu graisseux qui se localisent à une partie du corps.

Ils distinguent :

1° les *lipodystrophies segmentaires*, comprenant les *obésités circonscrites* (lipo-

mes nodulaires ou en nappes, adipose abdominale, adipose pelvienne, stéatomérie, lipomatoses symétriques régionales, etc.) et les *maigreurs segmentaires* (hémiatrophie faciale progressive ou maladie de Romberg, maigreurs cervicale, thoracique, abdominale, pelvienne, etc.);

2° les *paralipodystrophies* ou lipodystrophies localisées à une moitié supérieure ou inférieure du corps (lipoatrophies supérieures, lipohypertrophies supérieures, lipodystrophies inférieures, etc.);

3° les *hémilipodystrophies* ou lipodystrophies localisées à une moitié latérale du corps (hémiobésités, hémimaigreurs).

Bien que leur pathogénie soit obscure, ces différentes formes relèvent, au moins en partie, de lésions nerveuses périphériques ou centrales, peut-être aussi d'altérations portant sur les glandes endocrines; il semble par contre que les phénomènes inflammatoires locaux ne jouent dans leur apparition qu'un rôle accessoire.

Après avoir passé en revue la symptomatologie de chacune de ces formes, les auteurs en étudient successivement le diagnostic, l'étiologie générale, l'anatomie pathologique et le traitement. LUCIEN PÉRIN.

SILVERIO GALLEGO CALATAYUD. — **Les lésions cutanées dans la maladie de Schüller-Christian** (Las lesiones cutaneas en la enfermedad de Schüller-Christian). *Medicina española*, t. **10**, décembre 1934, p. 859 (*Lecturas dermosifiliograficas de actualidad*).

La maladie de Schüller-Christian, lipoïdose généralisée à lipoïdes non phosphorés (cholestérol et ses esters) s'accompagne à peu près constamment d'altérations cutanées précoces, apparaissant bien avant que ne soit décelable la triade caractéristique (exophtalmie, diabète insipide et déformations craniennes). Le fait, signalé, pour la première fois par Brunsgaard, a été récemment étudié par GOTTRON, *Arch. f. Dermat. und Syph.*, **182**, 1942, 690.

Ces altérations cutanées étaient antérieurement considérées comme de simples xanthomes associés. On en tirait argument pour établir une relation entre la lipoïdose que constitue la maladie de Schüller-Christian et la xanthomatose généralisée.

Il s'agit cependant de lésions bien spéciales. On note une tendance à l'exsudation et à la prolifération ayant pour point de départ des modifications histologiques, hémorragiques et nécrotiques.

D'autre part les cellules géantes ne sont jamais du « type Touton » caractéristique des xanthomes.

L'altération première, surtout observée chez la femme qui allaite et chez le petit enfant, serait une éruption purpuriforme dont les éléments s'infiltreraient ultérieurement, donnant lieu à des efflorescences papulo-tubéreuses.

Ces éléments occupent de façon diffuse la tête et le tronc. Ils peuvent atteindre le volume d'une pièce de cinq centimes. Leur forme est irrégulière et leur couleur, rouge pâle, un peu grisâtre. Leur siège n'est pas folliculaire. Une squame les recouvre parfois. Sa chute fait apparaître une dépression pareille à celle qu'occasionne sur la face la maladie de Darier. Dans presque tous les cas on trouve en même temps que les gros papulo-tubercules une éruption discrète d'éléments purpuriformes. Sur la muqueuse buccale on peut voir également les deux sortes de lésions : purpura et papules.

Les dépôts lipoïdiques ne se produisent qu'à une période assez avancée de l'évolution.

De toutes façons les granulomes spécifiques peuvent régresser jusqu'à disparaître complètement. J. MARGAROT.

Clara Warren. — **Xanthome des mains** (Xanthoma of hands). *Royal Soc. of Medicin. Sect. of Dermat.*, 20 décembre 1945. *The British Journal of Dermat. and Syphilis*, t. **58**, nos 5-6, mai-juin 1946, p. 129

♀, 57 ans. Depuis 6 mois, nodules ou stries jaunes dans les plis de flexion des paumes et des doigts. Xanthomes typiques des coudes ; rien ailleurs. Cholestérolémie : 3 gr. 40.

A. Touraine.

Fiessinger, M. Albeaux-Fernet et J. Loeper. — **Dislipoïdose cutanée et ictère.** *Bulletin et Mémoires de la Société Médicale des hôpitaux de Paris*, 3e série, année **60**, 1946, nos 5-6-7, pp. 64-66.

Cliniquement il s'agit d'une cirrhose hypertrophique avec ictère, mais le développement extraordinaire des xanthomes, l'intensité anormale du prurit, l'élévation considérable du taux de la lipémie et de la cholestérolémie lui assignent une place spéciale. Elle pourrait être celle de la xanthomatose associée à une affection hépatique, mais avec cette réserve que l'hypercholestérolémie ne saurait être tenue comme contingente et que la réticulose ne pouvait y être considérée comme primitive. Tout se passe comme si l'ictère avait été le phénomène déclenchant ou tout au moins contemporain à l'atteinte du système réticulo-endothélial. Le *primum movens* semble se situer dans le foie lui-même. (Un vitiligo constaté quelques années auparavant s'est étendu manifestement depuis l'apparition des xanthomes).

H. Rabeau.

J. M. Borda (Buenos-Aires). — **Porphyrines et porphyries** (Porfirinas y Porfirias). Monographie de 107 pages, 27 figures, bibliographie. Lopez et Etchegoyen édit., Buenos-Aires, 1946.

Important travail d'ensemble, bien présenté et documenté, à propos de 6 observations personnelles chez 3 ♀ et 3 ♂, à début vers 29 ans, sans antécédents familiaux, presque toutes avec troubles intestinaux anciens, tous de type bulleux ou érosif et pigmenté (lésions toujours provoquées par les frottements ou des traumatismes et, en plus dans 2 cas, par la lumière et la chaleur); mélanodermie et hypertrichose constantes; kystes épidermiques dans 2 cas; infections secondaires impétigineuses ou érysipéloïdes dans 5 cas.

Étude générale des *porphyrines* (pigments tétrapyrroliques), de leur métabolisme et de la photosensibilisation qu'elles déterminent chez l'homme et chez l'animal d'expérience (17 pages).

Revue et classification des états pathologiques déterminés par l'augmentation des porphyrines dans le sang et les urines, des *porphyries* aiguës (avec troubles nerveux ou intestinaux) ou chroniques et congénitales (avec prédominance des manifestations cutanées). Celles-ci se distinguent en :

manifestations constantes : hydroa vacciniforme, porphyrie mutilante, de descriptions assez variables suivant les auteurs;

manifestations inconstantes : sclérodermie, bulles, épidermolyse, hypertrichose, mélanodermie, toxicodermies, qui apparaissent sous certaines conditions étiologiques qui déterminent une augmentation de la porphyrinémie;

manifestations accessoires : pellagre, psoriasis, eczéma, lupus érythémateux, etc. dont la filiation avec les porphyries est impossible à préciser.

Considérations pathogéniques. — La porphyrie congénitale est due à la persistance chez l'adulte de la porphyrinogenèse de l'embryon; la porphyrie chronique ou celle de l'adulte peut relever d'un réveil atavique de la porphyrinogenèse embryonnaire.

La thérapeutique doit tenir compte des facteurs déclenchant les crises (syphilis, amibiase hépatique); inutilité de la calcithérapie; protection contre la lumière.

A. Touraine.

W. J. Darby. — **Les manifestations buccales de la déficience en fer** (The oral manifestations of iron deficiency). *J. A. M. A.*, t. **130**, no 13, 30 mars 1946, p. 830.

Les lésions de la muqueuse buccale ont été récemment rapportées à une déficience

en vitamine B, de même que le syndrome de Plummer Vinson (stomatite, dysphagie, anémie hypochrome). Cependant l'A. pense que certaines atrophies des papilles linguales, certaines glossites et perlèches qui accompagnent certaines anémies sont dues à la carence en fer seule et non à la carence en vitamine B. Waldenström avait d'ailleurs déjà montré, en 1938, que certaines perlèches, fissures linguales et laryngites, avec modifications des ongles et parfois vulvo-vaginite pouvaient être guéries par le fer sans aucune autre médication.

L'A. apporte six observations personnelles qui montre l'intérêt du traitement par le fer de ces lésions buccales, associées ou non au syndrome de Plummer-Vinson.

L. Golé.

5e. — Dermatoses d'origine endocrinienne.

R. Cachera. — **Les anasarques myxœdémateux.** *Paris Médical,* année **36**, n° 23, 8 juin 1946, pp. 254-264.

L'auteur consacre une importante étude aux œdèmes généralisés de l'hypothyroïdie. Il insiste sur le fait que l'anasarque peut se manifester en pareil cas selon deux processus différents, soit qu'elle apparaisse indépendamment de toute atteinte rénale et se forme en dépit d'une intégrité parfaite des reins, soit qu'elle résulte d'une véritable néphrite hydropigène liée à l'hypothyroïdie.

L'anasarque *d'origine extra-rénale* comporte deux variétés se distinguant par la teneur en protides des liquides épanchés.

Tantôt l'épanchement contient une forte quantité de protides; il s'agit du « liquide de myxœdème » dont le caractère albumineux semble dû aux propriétés biochimiques spéciales du sérum et des tissus dans l'hypothyroïdie.

Tantôt l'épanchement ne renferme qu'une faible quantité de protides, de l'ordre de celle des transsudats ordinaires; il s'agit plutôt alors de facteurs associés au myxœdème (insuffisance hépato-cellulaire, état de dénutrition, etc.). Il est à remarquer cependant que l'anasarque cède en pareil cas à l'extrait thyroïdien alors que le traitement de ces facteurs demeure sans action.

L'anasarque *accompagnant une lésion rénale* apparaît le plus souvent au cours des myxœdèmes typiques de la ménopause. La néphrite hydropigène qui est à son origine doit être distinguée de la néphrose lipoïdique, exceptionnelle chez les myxœdémateux, dont la séparent toute une série de caractères propres sur lesquels insiste l'auteur.

Quelles que soient les circonstances qui les provoquent, les anasarques myxœdémateuses possèdent en commun un certain nombre de caractères *cliniques, biologiques* et *thérapeutiques.*

Cliniquement ce sont des œdèmes blafards, généralisés, s'ajoutant au faciès myxœdémateux, à la dépilation et aux signes habituels de l'hypothyroïdie. Le gros cœur myxœdémateux et l'anémie sont de règle dans les deux catégories.

Du point de vue biologique, l'hyperprotidémie et l'hyperlipidémie que l'on observe habituellement dans le myxœdème font ici défaut ou sont remplacées par une déficience, en rapport avec la dilution des éléments du sang résultant de l'augmentation de volume du plasma.

Enfin ces anasarques sont uniformément curables par l'extrait thyroïdien, qui exerce en outre une action remarquable sur les symptômes de néphrite eux-mêmes.

Lucien Périn.

Jens Dedichen. — **Myxœdème circonscrit.** *Act. Derm. Vener.*, vol. **26**, fasc. 1, juillet 1945, pp. 1-9, 2 figures. Bibliographie.

Femme de 65 ans. Hyperthyroïdisme, métabolisme 155 o/o. Traitement iodé, puis résection subtotale de la thyroïde. Deux ans après, réapparition des mêmes symptômes ; métabolisme : 145 o/o. En même temps, apparition d'infiltrats profonds en placard à la jambe gauche et d'une tache pigmentée à la jambe droite. Nouvelle opération. Amélioration d'abord des lésions des jambes. Puis retour de l'infiltration et en même temps bouffissure du visage et des mains. La biopsie montre les altérations de myxœdème.

Il s'agit donc de myxœdème circonscrit.

A noter que cette affection est survenue avec un métabolisme basal augmenté. Le fait d'ailleurs a déjà été signalé.

Le traitement a eu un résultat également paradoxal, puisque l'administration de corps thyroïde après reprise de l'iode, a abaissé le métabolisme à 95 o/o. Mais la lésion cutanée n'a pas été modifiée. A. Civatte.

L. Cohen. — **Myxœdema circumscriptum thyrotoxicum.** *The British Journal of Dermatology and Syphilis*, t. **58**, n° 7-8, juillet-août 1946, pp. 173-182, longue bibliographie.

Étude d'un homme de 35 ans, atteint depuis 3 ans d'un épaississement progressif des téguments des deux jambes. En plus, exophtalmie ; pulsations systoliques d'un corps thyroïde non augmenté de volume, fin tremblement des doigts, réflexes vifs ; pas de tachycardie, tension normale, métabolisme basal + 10 o/o, pas de glycémie ni d'hypercholestérolémie. Disparition des signes d'hyperthyroïdie par le thiouracil, mais peu d'amélioration du myxœdème.

Longue discussion des éléments du diagnostic et du diagnostic lui-même.

A. Touraine.

5f. — *Dermatoses d'origine circulatoire.*

Clara Warren — **Telangiectasia Macularis Eruptiva perstans.** *Proceedings of the Royal Society of Medicine. Section of Dermatology* (16 novembre 1944), vol. **38**, n° 2, février 1945, p. 146

♀ de 42 ans, conforme à la description de Barber et Parkes Weber (*Internat. Clin.*, **4**, 1932, p. 71) et autres.

Obésité ; fortes dilatations des capillaires sur les joues ; macules ovalaires, cuivrées et groupées en bouquets, particulièrement nettes sur le cou et datant de 2 ans. Urticaire pigmentée sur les bras et le tronc avec signe de Darier, remontant à 6 ans. Herpès récidivant de la bouche. Sang normal. A. Touraine.

G. Miescher (Zürich). — **Sur les formes cutanées de la périartérite noueuse** (Ueber kutane Formen der Periarteritis nodosa). 27e Congrès de la Société suisse de Dermatologie et de Vénéréologie, Berne, 30 juin-1er juillet 1945 ; *Dermatologica*, vol. **92**, n° 5-6, 1946, pp. 225-245, 12 figures (dont 10 histologiques). Bibliographie.

Les formes cutanées *pures* de la périartérite noueuse sont très rares (Lindbergh, 1931 ; Macaigne et Nicaud, 1932 ; Carol et Prakken, 1937). M. en rapporte 4 observations personnelles.

♀, 42 ans, 6 poussées depuis 1926, avec angine, pleurésie ou arthralgies ; nodules dermiques et hypodermiques aux deux jambes, infiltrés, cyanotiques, un peu douloureux, qui apparaissent au printemps ou à l'automne et se résorbent sans ulcérations.

♀, 22 ans. Depuis un an, sur les deux jambes, éruption d'éléments nodulaires, papulonécrotiques, ou acnéiformes, douloureux.

♀, 25 ans. Trois poussées de 1936 à 1942 en nodules ou en infiltrat avec ulcérations.

♀, 54 ans. Rhumatisme en 1910, tuberculose en 1914. Depuis 1937, nombreuses poussées de nodules douloureux qui disparaissent en 10 à 14 jours.

Étude histologique approfondie de ces cas. Dans tous, nécrose de la média, exsudation fibrinoïde dans la média et l'adventice ; infiltration leucocytaire massive avec leucocytoclasie presque totale. On trouve des stades intermédiaires entre les lésions caractéristiques de la périartérite noueuse et celles des exanthèmes papulo-hémorragiques, dus à des infections focales du type de la péliose rhumatismale.

A. Touraine.

5g. — *Dermatoses d'origine sanguine ou hématopoïétique.*

E. Warner — **Le lymphadénome, ses causes, ses lésions cutanées** (Lymphadenoma : its aetiology, and its skin-lesions). *The British Journal of Dermatology and Syphilis*, t. **56**, mai-juin 1944, pp. 129-135.

Le lymphadénome est une affection du système réticulo-endothélial, à début habituel dans les ganglions lymphatiques, mais pouvant atteindre tout autre organe, entraînant la mort par cachexie à la suite de généralisation.

A côté de la théorie néoplasique, l'hypothèse d'une inflammation semble probable cliniquement (sujets jeunes ou d'âge moyen, fièvre, etc.).

M. Gordon (1937) y a trouvé, en grand nombre, des « corpuscules élémentaires », en forme de cocco-bacilles, dans tous les cas aigus, mis en évidence par la coloration de Lœffler. Les granulations que l'on voit dans les ganglions normaux sont plus volumineux et sont détruits par l'acide acétique à 1 o/o (les corpuscules authentiques ne le sont pas).

L'inoculation d'une émulsion de lymphadénome dans le cerveau du lapin a déterminé une encéphalite. Avec Gordon, W. a fait (1937) des injections aux porteurs de lymphadénome d'émulsions de ganglions malades, diluées à 1 : 40.000-200.000. A la dose de 0 cm^3 2 elles sont suivies de fièvre, de congestion des adénopathies et d'éruptions. Des essais de vaccination ont donné, dans 2 cas, des survies de 15 et de 8 ans, et dans d'autres des résultats incertains.

Le lymphadénome s'accompagne souvent de prurit de la face antérieure des jambes et du dos du pied, d'un zona dans 30 o/o des cas, parfois d'éruption papuleuse du tronc, d'ulcérations du cou, des régions claviculaires et sternales.

Le lymphadénome occuperait une situation intermédiaire entre les granulomes et les néoplasmes, analogue au sarcome de Rous chez l'animal.

A. Touraine.

R. Gonin (Lausanne). — **Leucémides et leucémies lymphatiques.** *Dermatologica*, vol. **92**, n° 2-3, 1946, pp. 121-134, 8 figures, courte bibliographie.

Deux bonnes observations.

♀, 70 ans, prurit depuis 18 mois, puis leucémides papuleuses sur le tronc, splénomégalie, 195.000 leucocytes dont 85 o/o de lymphocytes de 9 à 20 µ, à protoplasma basophile abondant (donc : formes jeunes).

♀, 58 ans, prurit, leucémides polymorphes (érythémateuses, purpuriques, ortiées, vésiculeuses), grosses adénopathies, rate modérément grosse, 488.000 leucocytes, dont 95 o/o de lymphocytes, petits et caractéristiques. A. Touraine.

A. Robb-Smith (Oxford) — **La peau et le tissu réticulaire** (The skin and the reticular tissue). *British medical Bulletin*, t. **3**, n° 7-8, 1945, art. 734, pp. 172-175. Bibliographie.

Revue générale sur le tissu réticulo-endothélial d'Aschoff et les réticuloses de Pullinger (1932). Étude histologique du tissu réticulaire de la peau (réticuline, cellules mésenchymateuses, histiocytes dont les mélanophores sont un exemple).

Dans la pathologie du système réticulaire cutané doivent être rangées :

1° des lésions non spécifiques : purpura, zona, etc.;

2° des lésions spécifiques : les *leucémies* dont la principale, ici, est la monocytique, la *maladie de Hodgkin*, la *réticulose lymphoïde réticulaire* ou lymphoblastome réticulaire (lymphadénopathie généralisée avec ou sans nodules cutanés multiples, décrite par Brill, Baehr et Rosenthal, 1925, sans troubles sanguins sauf parfois une légère lymphopénie, très radiosensible, avec tendance à la régression spontanée mais aussi aux épanchements dans les séreuses et survenant généralement entre 40 et 50 ans; histologiquement : grands follicules à lymphoblastes dans un stroma de petits lymphocytes; parfois évolution vers le sarcome avec larges tumeurs

cutanées ulcérées et radio-résistantes), le *mycosis fongoïde*, les *lipidoses* (voir, à ce sujet, le livre de Thannhauser, *Lipidoses*, New-York, 1940), la *réticulose lipomélanique* de Pautrier et Woringer (1940) ou érythrodermie exfoliative avec lymphadénopathie de Brocq, Hebra, les *sarcoïdes de Bœck*, les *tumeurs réticulaires bénignes* de la peau (lymphocytomes, sarcoïdes de Spiegler-Fendt, histiocytome), les *tumeurs réticulaires malignes* (réticulo-sarcome, angiosarcome de Kaposi).

A. Touraine.

A. Sézary. — **Le polymorphisme clinique et cytologique des réticuloses cutané es.** *Bulletin de l'Académie de Médecine*, année **108**, 3e série, t. **128**, nos 28, 29, 30 et 31. Séance du 24 octobre 1944, pp. 542-544.

On désigne sous le nom de *réticuloses cutanées* un certain nombre d'affections atteignant soit exclusivement la peau soit, en même temps qu'elle, certains organes internes, et appartenant à la pathologie du tissu réticulo-endothélial.

Certaines de ces affections sont caractérisées par l'emmagasinement, dans les histiocytes du derme, de substances élaborées par l'organisme, telles que la cholestérine, les phosphatides, etc. D'autres sont de nature franchement cancéreuse. Ces deux groupes sont faciles à identifier.

Les véritables réticuloses sont celles qui, sans étiologie connue, sont dues à la prolifération des cellules histiocytaires, diffuses ou en foyers. L'hyperplasie histiocytaire peut affecter deux types différents, soit que les histiocytes conservent leurs caractères typiques ou subissent les transformations orthoplasiques (cellules épithélioïdes, cellules géantes, etc.) qu'ils présentent dans les inflammations spécifiques (tuberculose, syphilis, lèpre, etc.), soit qu'ils présentent des aspects métatypiques (cellules de Sternberg, mitoses, gigantisme cellulaire, etc.).

Les lésions histologiques peuvent être pures et nettement définies : infiltrats dermiques de la maladie de Schaumann, hyperplasies histiocytaires métatypiques et cellules de Sternberg de la maladie de Hodgkin, histiocytes géants du mycosis fongoïde. A côté de ces cas où le diagnostic ne présente pas de difficultés, il en est d'autres où les lésions sont mal différenciées et posent la question de savoir s'il s'agit de l'une de ces affections ou de réticuloses épithéliales distinctes et encore mal classées.

Le même polymorphisme existe dans les manifestations cliniques où des hyperplasies d'un même type cytologique peuvent se traduire par des lésions cutanées d'aspects différents (lupus pernio, sarcoïdes dermiques, lésions érythémateuses, érythrodermiques, lichénoïdes, érythémato-squameuses, éléphantiasiques, etc., dans la maladie de Schaumann; lésions atypiques de la maladie de Hodgkin, du mycosis fongoïde, de la maladie de Kaposi, etc.). Inversement des manifestations cutanées de même type peuvent être provoquées par des hyperplasies histiocytaires cytologiquement différentes (érythrodermies dans la maladie de Schaumann, la maladie de Hodgkin, le mycosis fongoïde; tumeurs cutanées dans le mycosis fongoïde, dans la maladie de Kaposi, dans la maladie de Hodgkin; éléphantiasis dans la maladie de Schaumann et dans la maladie de Kaposi, etc.).

Il existe ainsi d'une part un polymorphisme des réactions cytologiques dans des réticuloses répondant à un même type clinique, d'autre part un polymorphisme des aspects cliniques dans des réticuloses causées par des lésions cytologiques de même type.

On serait tenté d'établir une relation entre le type des histiocytes proliférés et le tableau clinique observé, mais il ne semble pas que cette relation existe d'une façon stricte. Par exemple le type cytologique observé dans les multiples formes de la maladie de Schaumann peut être le même. Inversement dans un même type clinique de cette affection on peut trouver des aspects cellulaires s'écartant des

lésions classiques. La même remarque peut être faite en ce qui concerne le mycosis fongoïde.

En réalité la spécificité tant histologique que clinique, si elle est réelle pour un certain nombre de réticuloses, ne l'est pas pour toutes. Du point de vue cytologique il existe toute une série de formes caractérisées par des types cellulaires plus ou moins évolués selon les modes orthoplasique ou métatypique. Les formes histologiques les plus caractérisées répondent aux types décrits classiquement; les autres constituent des aspects atypiques ou intermédiaires, non encore dénommés. Du point de vue clinique il existe des lésions érythémateuses, papuleuses ou nodulaires pouvant affecter les types les plus divers, non seulement ceux qui ont été classiquement identifiés mais encore ceux qui restent à classer en raison de leur aspect atypique et de leur diversité.

La méconnaissance de ces faits a désorienté certains cliniciens et les a incités à nier l'existence des réticuloses cutanées; au milieu de l'obscurité qui règne dans cette importante mais difficile question, l'on doit savoir gré à l'auteur d'en avoir indiqué aussi remarquablement les données. LUCIEN PÉRIN.

R. POINSO, Y. POURSINES et A. DELPIN. — **Réticulo-histiomonocytoses subaiguës malignes.** *Marseille Médical*, année **82**, nº 3, 15 mars 1945, pp. 113-126, quelques indications bibliographiques.

A propos d'un cas personnel, chez un homme de 54 ans, à nombreux nodules sous-cutanés, à polyadénopathie, à fièvre ondulante, d'évolution mortelle en 2 mois, les A. retracent un tableau d'ensemble de ce groupe d'affections et insistent sur les formes cutanées dont ils rappellent les diverses formes cliniques : purpura, macules, papules, nodules, tumeurs, érythrodermies. A propos de chacune d'elles, ils rapportent quelques observations caractéristiques.

A. TOURAINE.

C. BRÜCK. — **Maladie de Symmer** (Symmers' Disease). *Act. Derm. Vener.*, vol. **25**, fasc. 5, mars 1945, pp. 411-442, 4 figures, 10 tableaux. Bibliographie.

Un nouveau tableau anatomo-clinique a été récemment présenté dans la littérature médicale, spécialement en Amérique, sous le nom de Maladie de Symmer; hyperplasie générale des ganglions lymphatiques, avec hypertrophie des follicules, avec ou sans splénomégalie. Cette hyperplasie, d'abord très sensible aux R. X. peut se terminer en sarcome vrai. Le tout peut coexister avec de l'érythrodermie. Le sang, d'abord normal, présente après quelque temps de la leucopénie et souvent une certaine éosinophilie. Symmer signale que dans quelques cas on peut voir apparaître des signes de leucémie lymphatique.

B. a observé 14 cas qui peuvent se rapporter à ce type. Il les range en 4 groupes : cas terminés par la mort (avec ou sans transformation sarcomateuse); cas où les altérations des ganglions lymphatiques sont du type décrit par Symmer, mais localisés à un seul groupe ganglionnaire; cas (1 seul) où la tumeur maligne est hors du territoire lymphatique (cancer de l'ovaire); cas où un seul ganglion était atteint. Il hésite beaucoup à affirmer que tous ces cas doivent rentrer dans un même syndrome, et croit que dans nombre de cas, il est permis de penser que les altérations lymphatiques pourraient être secondaires aux lésions cutanées, et n'avoir que la valeur d'une adénopathie consécutive à une inflammation banale. Il se demande enfin, si dans les cas du 1er groupe, on est en droit de voir déjà à la période présarcomateuse, une tumeur maligne en puissance dans cette hyperplasie ganglionnaire à follicules géants.

[L'incertitude de l'A. montre la difficulté et l'obscurité de la question. Il ne paraît pas, pour le moment que la maladie de Symmer, ou si l'on veut, le syn-

drome de Symmer, ait des limites bien nettes dans le chaos que constituent encore la lymphogranulomatose et toutes les lymphadénoses cutanées typiques et atypiques érythrodermiques ou non. N. D. L. R.].

A. Civatte.

P. V. Mercussen. — **Prolifération de cellules lymphoïdes et réticulaires avec lésions cutanées bénignes, et altération de type bénin, de la formule sanguine** (Systemic proliferation of lymphoïd and reticular cells, with benign changes in skin and blood). *Act. Derm. Vener.*, vol. **25**, fasc. 5, mars 1945, pp. 464-475.

Deux observations d'érythrodermie prurigineuse avec adénopathie généralisée. L'A. ne croit pas qu'il s'agisse de maladie de Symmer, mais d'un syndrome à part et non encore décrit. Ce sont deux cas à verser au dossier pour la discussion des réticulo-endothélioses.

A. Civatte.

R. Sohier. — **Intradermo-réactions et allergies comparées à la tuberculine et aux antigènes typho-paratyphoïdique et diphtérique au cours d'affections du tissu réticulo-endothélial et lymphoïde.** *Annales de l'Institut Pasteur*, t. **71**, 1945, nos 5 et 6, p. 223.

Étant donné la fréquence de la négativité des réactions tuberculiniques, au cours des affections atteignant le tissu réticulo-endothélial et lymphoïde, il était nécessaire de connaître le comportement du tégument vis-à-vis d'autres antigènes typhoparatyphoïdique et diphtérique, révélateur d'allergies spécifiques, et de suivre l'évolution des intradermoréactions (4 malades de Besnier-Bœck-Schaumann, 2 malades de Hodgkin et 2 autres malades).

S. observe que lorsqu'une réaction reste positive, les autres étant négatives, c'est habituellement l'intradermo-réaction typhoparatyphoïdique. Cette réaction peut à son tour devenir négative, peu de temps avant la mort.

Si toutes les intradermo-réactions sont négatives, et que la réaction tuberculinique devienne positive, il arrive que simultanément l'intradermo-réaction typhoparatyphoïdique apparaisse également positive.

On pourrait donc admettre que le processus touchant le système réticulo-endothélial ne suspende pas toujours simultanément toutes les réactions et allergies spécifiques. Comme il semble que tout en ayant leur spécificité, les manifestations allergiques à divers antigènes sont régies par un même système, on peut supposer qu'un même processus peut atteindre inégalement les réactions dépendant d'antigènes différents, dont les seuils d'action sont aussi différents.

H. Rabeau.

A. Sézary. — **Nosologie de la maladiede Besnier-Bœck-Schaumann. Les réticuloses épithélioïdes.** *L'actualité dermat. vénéréol.* L'expansion scientif. français, édit., Paris, 1944, pp. 48-53.

La maladie de Besnier-Bœck-Schaumann, affection du système réticulo-endothélial, peut réaliser les lésions cutanées ou viscérales les plus diverses. Devant son polymorphisme clinique, son diagnostic doit reposer sur les critères histologiques qui caractérisent les réticuloses et plus particulièrement le groupe des réticuloses épithélioïdes, mais la question reste posée de savoir si toute réticulose épithélioïde est une maladie de Besnier-Bœck-Schaumann et s'il n'existe pas d'autres réticuloses épithélioïdes en dehors de cette affection.

Sézary rappelle ensuite les diverses manifestations cutanées de la maladie de Besnier-Bœck-Schaumann et les signes généraux ou fonctionnels associés. Aucun d'entre eux n'est caractéristique. Les arguments d'ordre thérapeutique n'ont également aucune valeur quant au diagnostic. Seule la biopsie permet d'orienter ce diagnostic vers la réticulose épithélioïde.

Cet examen histologique permet d'éliminer la tuberculose, la syphilis. Elle permet plus difficilement d'éliminer la lèpre tuberculoïde, ou la leishmaniose cutanée mais, il est vrai, ces diagnostics sont rarement à envisager dans notre pays et d'autres arguments cliniques viendront les étayer.

Néanmoins le schéma histologique de la maladie de Besnier-Bœck-Schaumann n'est pas toujours respecté et le diagnostic prête parfois à discussion. S. insiste néanmoins sur un fait constant, « en l'absence duquel on ne peut porter ce diagnostic » : la présence, sans aucune réaction inflammatoire, de cellules épithélioïdes groupées en îlots denses ou formant des coulées.

Le polymorphisme clinique et anatomo-pathologique de cette affection est difficile à expliquer. Il ne semble pas dépendre du terrain car les lésions des types les plus divers peuvent s'observer chez le même malade, et peuvent être réalisées par un même type histologique. D'autre part la structure cytologique des lésions se modifie au cours de l'évolution de la maladie par mutation progressive des histiocytes ou fibroblastes.

Pour Sézary il semble que la maladie de Besnier-Bœck-Schaumann ne constitue que la variété la mieux individualisée des réticuloses épithélioïdes mais que dans ce même groupe doivent être classées d'autres réticuloses épithélioïdes atypiques. Ces formes atypiques constitueraient des affections voisines mais distinctes et ne devraient pas être considérées comme de simples formes cliniques de la maladie de Besnier-Bœck-Schaumann.

Il s'agit, en tout état de cause, d'une position d'attente, en l'absence de toute donnée étiologique certaine sur cette affection. L. Golé.

A. Sézary. — **A propos de la maladie de Besnier-Bœck-Schaumann. Les réticuloses épithélioïdes.** *La Presse Médicale*, année **54**, n° 3, 10 janvier 1946, pp. 26-27.

Les réticuloses, quel que soit leur type, forment un groupe complexe d'affections de *cause inconnue*, caractérisées par la prolifération des cellules du système réticulo-endothélial. Ce qui distingue ces affections, les unes des autres, c'est leur constitution histologique. Les réticuloses épithélioïdes occupent dans ce groupement une place bien définie. A ce type appartiennent le lupus pernio (ou maladie de Besnier), les sarcoïdes dermiques (maladie de Bœck), l'angiolupoïde (de Brocq et Pautrier) et les nombreuses formes cliniques de la soi-disant maladie de Besnier-Bœck-Schaumann... Il s'agit là, non de formes cliniques de la maladie de Besnier-Bœck-Schaumann, mais de réticuloses épithélioïdes. Le fait qu'il s'agit d'affections de cause inconnue et aussi les données bactériologiques et biologiques (négativité de la réaction à la tuberculine) suffisent pour établir le diagnostic différentiel.

H. Rabeau.

L. Dekeyser. — **La maladie de Besnier-Bœck.** *Bruxelles Médical*, année **25**, n° 15, 12 avril 1945, pp. 681-688.

Courte revue sur cette affection qui n'est pas seulement une dermatose mais une grande maladie générale pouvant atteindre tous les organes et dont les manifestations présentent une structure histologique spéciale. Il adopte l'opinion de la nature non tuberculeuse de l'affection. H. Rabeau.

R. Sohier, A. Chon et H. Delbosc. — **Maladie de Besnier-Bœck-Schaumann, découverte fortuitement à son début chez un enfant : évolution pratiquement latente et guérison spontanée.** *Bulletin et Mémoires de la Société Médicale des hôpitaux de Paris*, 3e série, année **60**, 1944, nos 11 et 12, pp. 137-141, 3 figures.

Observation fort intéressante d'une réticulo-endothéliose du type Besnier-Bœck-Schaumann à manifestations cliniques, radiologiques, biologiques et histologiques typiques, évoluant chez un enfant de façon absolument insidieuse. Elle n'a été révélée qu'à l'oc-

casion d'un examen radioscopique systématique, alors qu'elle paraissait à son début. On a pu assister à son développement, à l'atteinte de nombreux ganglions, de la rate, à un envahissement presque total des poumons par des lésions à type micro-nodulaire, sans qu'à aucun moment l'enfant ait présenté le moindre signe fonctionnel ou général. Maintenu malgré lui à l'hôpital pendant trois mois 1/2 l'enfant n'a pas cessé d'être actif, et lorsque la liberté lui fut rendue l'enfant put reprendre ses jeux, ses cours, sans la moindre gêne. Les transformations de la période pubertaire se sont accomplies normalement. Cependant durant 14 mois (peut-être plus) la réticulo-endothéliose a évolué, donnant lieu à des lésions importantes, puis a guéri complètement sans aucun traitement. La guérison persiste depuis 10 mois, les réactions tuberculiniques sont restées toujours négatives. H. RABEAU.

J. ANDRÉ — **Localisation pulmonaire de la maladie de Besnier-Bœck**. *Bruxelles Médical*, année **25**, n° 15, 12 avril 1945, pp. 689-698.

Malade de 20 ans admis au sanatorium pour tuberculose pulmonaire avec image de granulie et expectoration à bacilles de Koch. Il présente en outre des érosions des extrémités digitales dont l'aspect parut d'abord banal. Par la suite, deux abcès froids de la région fessière et sacrée, contenant des bacilles de Koch. La persistance des lésions cutanées amenèrent à penser qu'il s'agissait peut-être d'un Besnier-Bœck-Schaumann. Une biopsie du ganglion épitrochléen fut faite, et l'examen histologique confirma cette hypothèse. Une autre biopsie d'une sarcoïde du poignet donne aussi une image histologique de Besnier-Bœck-Schaumann. La radiographie des os de la main ne montre aucune image particulière. La cuti-réaction est positive. A. verse cette observation aux débats, posant la question d'une association de tuberculose pulmonaire aux lésions endothélio-réticulaires, ou l'existence d'un bacille de Koch atypique, les lésions pulmonaires ayant peu évolué. H. RABEAU.

F. DE CLERCQ. — **Maladie de Besnier-Bœck-Schaumann, forme ganglionnaire pure.** *Bruxelles Médical*, année **25**, n° 15, 12 avril 1945, pp. 698-703.

Chez un garçon de 14 ans présentant une toux rebelle avec bronchite à répétitions, la radiographie montre dans la région moyenne des deux champs pulmonaires des images réticulo-nodulaires ; une opacité paratrachéale à contours polycycliques surtout marquée à droite. Des ganglions aussi dans les aisselles, l'aine, au niveau de l'épitrochlée.

Deux biopsies d'un ganglion sus-claviculaire droit et d'un ganglion épitrochléen permettent d'affirmer la maladie de Besnier-Bœck-Schaumann. Les réactions à la tuberculine sont négatives. H. RABEAU.

Fr. ELLIS (Baltimore). — **L' « ostéite kystoïde multiple tuberculeuse » de Jungling n'est pas une ostéite kystique tuberculeuse** (Jüngling's « ostitis tuberculosa multiplex cystoides » is not cystic tuberculous osteitis). *Acta medica scandinavia*, vol. **104**, fasc. 1-2, 23 avril 1940, pp. 221-224. Longue bibliographie.

Courte mais élégante démonstration, très documentée, de l'énoncé du titre. La maladie de Jungling, qui n'est jamais nécrosante et qui est généralement anergique à la tuberculose, est une sarcoïde osseuse. Ses lésions sont solides et ne paraissent kystiques que sur les radiographies; elles sont en réalité pseudo-kystiques, kystoïdes. A. TOURAINE.

P. DIEFFENBACH (Strasbourg). — **Le syndrome de Heerfordt.** *Société d'Ophtalmologie de l'Est*, 30 juin 1946.

Deux observations de syndrome de Heerfordt avec lésions pulmonaires caractéristiques de la maladie de Schaumann. Une manifestation non encore décrite de cette réticulo-endothéliose est la choriorétinite de Jensen.

A. TOURAINE.

B. ROOS — **Manifestations cérébrales dans la fièvre uvéoparotidienne d'Heerfordt et dans la lymphogranulomatose bénigne de Schaumann** (Cerebral manifestations of lymphogranulomatosis benigna (Schaumann) and uveoparotid fever (Heerfordt). *Acta medica scandinavia*, vol. **104**, fasc. 1-2, 23 avril 1940, pp. 123-130, 2 tableaux. Longue bibliographie.

Résumé en tableau de 8 observations, de divers auteurs, de lymphogranulomatose

bénigne avec troubles du systène nerveux central (surtout signes d'irritation méningée, parfois signes de localisation cérébrale) dont 3 avec autopsies (lésions de l'hypophyse, de la faux et de la tente du cervelet, nodules disséminés dans les méninges de la base).

D'autre part, résumé en tableau de 6 observations de syndrome uvéo-parotidien avec troubles cérébraux, et, dans 4 cas, altérations du liquide céphalo-rachidien.

A. Touraine.

S. Lucia et P. Aggeler (San Francisco). — **Etude sur la moelle osseuse, par ponction sternale, dans la sarcoïdose de Bœck ou lymphogranulomatose bénigne de Schaumann** (Sarcoidosis (Bœck) ; Lymphogranulomatosis benigna (Schaumann) ; Observations on the Bone Marrow obtained by sternal Puncture). *Acta medica scandinavia*, vol. **104**, fasc. 3-4, 31 mai 1940, pp. 351-365, 3 figures. Longue bibliographie.

De l'étude de 3 cas personnels et du seul cas antérieurement publié (Nordenson, 1935) les A. concluent que la moelle osseuse est peu modifiée dans la lymphogranulomatose bénigne, à l'exception de la série myéloïde. Les formes cellulaires et leurs stades d'évolution sont normaux, de même que les lymphocytes et les monocytes. La série érythropoïétique reste dans des limites physiologiques, à l'exception de quelques mégaloblastes et de rares cellules en division.

L'existence de formes jeunes est probablement dûe à l'action stimulante de la maladie.

A. Touraine.

P. L. Drouet et R. Herbeuval. — **Hémogénie et maladie de Besnier-Bœck-Schaumann.** *La Semaine des Hôpitaux*, année **22**, n° 7, 21 février 1946, pp. 262-265, 9 figures.

Association chez une femme de 39 ans de deux réticulopathies. La maladie de Besnier-Bœck-Schaumann est caractérisée chez elle par une parotidite double, une splénomégalie, une polyadénopathie. De plus, purpura, ecchymoses, épistaxis, temps de saignement 12′, de coagulation 20′-35′, lacet positif, plaquettes 35.000. Étude histologique de la rate après une exérèse qui entraîne une grande amélioration de l'hémogénie.

A. Touraine.

H. Barber. — **Lymphogranulomatose bénigne de Schaumann avec signes d'atteinte de l'hypophyse antérieure** (Benign Lymphogranuloma of Schaumann with apparent Involvement of the anterior Pituitary). *Proceedings of the Royal Society of Medicine (Sect. of Dermatology*, 18 octobre 1945), vol. **39**, n° 1, décembre 1945, p. 92.

♀ de 28 ans. Début des ostéites des phalanges à 23 ans ; apparition, à 27 ans, de nombreuses sarcoïdes dermiques sur le front, les joues, le nez, les oreilles (une sur l'abdomen, la jambe gauche). Adénopathies cervicales et épitrochléennes ; atrichie des bras, jambes, aisselles ; peau comme dans la maladie de Simmond ; cyclite chronique, taches de kératite ponctuée ; diabète insipide (comme dans les cas de Tillgren, 1933, de Lesné, Launay et Sée, 1935, de Snopper), avec apophyses clinoïdes postérieures plus larges et calcifications paraclinoïdes. Neutropénie, éosinophilie jusqu'à 15 o/o.

A. Touraine.

T. Bruce et E. Wassen (Stockholm). — **Observations cliniques sur l'évolution et le pronostic de la lymphogranulomatose bénigne de Schaumann, en particulier au point de vue des lésions pulmonaires** (Clinical Observations on the Course and Prognosis of Lymphogranulomatosis benigna Schaumann, particularly in Regard to the pulmonary Lesions). *Acta medica scandinavia*, vol. **104**, fasc. 1-2, 23 avril 1940, pp. 63-104, 22 figures. Bibliographie.

Étude très détaillée de 7 cas de lymphogranulomatose bénigne avec lésions pulmonaires (nombreuses figures de biopsies de la peau et radiographies des poumons). Dans 4 cas la réaction à la tuberculine a été négative (sauf, chez un, à la dose de 3 milligrammes); dans les 3 autres elle a été positive (à 1 milligramme chez l'un ; à 0 mgr. 1 chez les deux autres). Bonnevie et With (*Arch. f. Derm.*, 1936) ont obtenu, dans 25 cas de sarcoïdes, des réactions positives dans 60 o/o de ces cas, à

la dose de 1 milligramme et dans 24 o/o à la dose de o mgr. 1. La sensibilité à la tuberculine est donc faible puisque des réactions positives à la dose de o mgr. 01 intradermique s'observent chez 70 o/o des sujets témoins non tuberculeux.

A. Touraine.

Silverio Gallego Calatayud. — **La réaction de Kveim pour le diagnostic de la maladie de Besnier-Bœck** (La reaccion de Kveim para el diagnostico de la enfermedad de Besnier-Bœck). Lecturas dermatosifiliograficas de actualidad. *Medicina española*, t. **10**, n° 56, septembre 1943, p. 348.

La réaction de Kweim est une réaction intradermique spécifique de type allergique, utilisant comme antigène un extrait de ganglions lymphatiques présentant les altérations caractéristiques de la maladie de Besnier-Bœck (Danbolt, Oslo, *Acta med. Scand.*, 1943, pp. 114-143).

Après l'inoculation préalable d'un fragment au cobaye, ces ganglions sont triturés au mortier avec du sérum physiologique et dilués à 1/10; on filtre et on tyndallise à 60° pendant 2 heures, 2 jours consécutifs.

Pour effectuer la réaction on agite l'ampoule et on injecte dans le derme o cm³ 1 à o cm³ 2 d'antigène. Négative chez les personnes saines ou atteintes d'affections autres que la maladie de Besnier-Bœck-Schaumann, elle se montre positive dans toutes les formes cutanées ou viscérales de cette affection et se marque par l'apparition d'une grosse papule infiltrée d'aspect spécifique et de structure épithélioïde atypique.

J. Margarot.

N. Danbolt. — **Etiologie des sarcoïdes de Bœck, en particulier à la lumière de la réaction positive de Kveim** (Etiology of Bœck'sarcoïd, especially in light of positive cutaneous Kveim's reaction). *Nordisk Medicin* (Gothenburg), t. **29**, 18 janvier 1946.

La réaction de Kveim confirme la conception suivant laquelle les sarcoïdes de Bœck constituent une entité bien définie. Sur 36 malades avec sarcoïdes typiques, elle a été positive 34 fois, alors qu'elle était négative chez les 68 témoins.

Le diagnostic clinique peut, quelquefois, être impossible avec le lupus vulgaire, mais la réaction à la tuberculine est intense dans celui-ci, alors qu'elle est nulle ou très faible dans les sarcoïdes. Les lésions pulmonaires sont très différentes dans les deux maladies. D. ne saurait donc admettre l'origine tuberculeuse des sarcoïdes. Si celles-ci se compliquent parfois de tuberculose pulmonaire, cela peut être aussi bien une véritable complication qu'une transition vers une tuberculose typique ou atypique.

A. Touraine.

J. R. Trautner. — **Les réactions tuberculiniques dans la maladie de Besnier-Bœck-Schaumann**. *Thèse*, Paris, 1944, Jouve édit., 64 pages. Bibliographie.

Après un court rappel des lésions cliniques de la maladie de Besnier-Bœck-Schaumann et des réactions à la tuberculine, l'A. rappelle que ces réactions sont négatives dans 60 à 76 o/o des cas pour Lomholt, Pautrier, Ortholan, dans 24 o/o d'après Bonnevie et With.

Il rapporte l'observation d'une jeune femme de 26 ans atteinte de maladie de Besnier-Bœck-Schaumann, étudiée dans le service de Desbuquois, vérifiée histologiquement et dont toutes les réactions à la tuberculine ont été négatives. Cependant, à l'âge de 16 ans, au moment d'une primo-infection tuberculeuse (ombre hilaire), une cuti-réaction avait été fortement positive. Six mois après le début des lésions pulmonaires et des sarcoïdes, alors que les signes généraux (fièvre à 39°, etc.) et locaux ont disparu sous l'action du seul repos, la cuti-réaction redevient positive.

A. Touraine.

J. Schaumann et V. Hallberg (Stockholm et Upsal). — **Dépistage de bacilles de Koch dans les tissus de lymphogranulomatose bénigne par la méthode de coloration de Hallberg** (Koch's Bacilli manifested in the Tissue of Lymphogranulomatosis benigna (Schaumann) by using Hallberg's Staining Method). *Acta medica scandinavia*, vol. **107**, fasc. 3-5, 14 mai 1941, pp. 499-501, 3 figures.

Depuis que Schaumann eut signalé (*Acta med. scand.*, **106**, fasc. 3, p. 239) l'existence de corps arrondis, sporiformes, dans les tissus de lymphogranulomatose bénigne, Hallberg a continué ses essais de coloration par le « bleu de nuit ». Dans un cas suivi par Schaumann depuis 1915, sans hérédité ni passé, ni signe de tuberculose, les A. ont vu, dans les granulations, des formes bacillaires isolées ou en amas, absolument identiques à des bacilles de Koch. L'inoculation sous-cutanée et péritonéale au cobaye du tissu de ces granulations n'a pas déterminé de tuberculisation de l'animal; mais ce résultat négatif ne saurait impliquer qu'il ne s'agit pas de bacille de Koch.

La nature tuberculeuse de la lymphogranulomatose bénigne est fermement appuyée par la fréquence du développement d'une tuberculose bacillaire au cours de la maladie et par la disparition, alors simultanée, des lésions de lymphogranulomatose bénigne. Des sujets atteints de lymphogranulomatose bénigne et vaccinés par le B. C. G. deviennent en anergie positive. A. Touraine.

R. Opsahl. — **Tuberculose atypique, sarcoïde de Bœck** (Atypical tuberculosis. Bœck's sarcoïd). *Acta medica scandinavia*, t. **113**, fasc. 4, 18 mars 1943, pp. 267-285, 5 figures. Bibliographie.

O. montre le polymorphisme clinique et anatomo-pathologique des différentes manifestations de la tuberculose et, aussi, de la maladie de Schaumann. Tous les degrés de transition existent entre la tuberculose miliaire chronique et les sarcoïdes de Bœck qui ne seraient qu'une forme extrême de la première.

Quatre observations détaillées sont apportées en exemple de ces propositions. Dans l'une d'elles, chez une femme de 45 ans atteinte de la forme ganglio-pulmonaire de la maladie de Schaumann, des bacilles acido-résistants ont été trouvés dans les lésions [photos peu démonstratives, *An*]. A. Touraine.

J. Schaumann (Oslo). — **Sur la nature de certains corpuscules particuliers présents dans les tissus de lymphogranulomatose bénigne** (On the Nature of Certain Peculiar Corpuscules present in the Tissue of Lymphogranulomatosis benigna). *Acta medica scandinavia*, vol. **106**, fasc. 3, 17 février 1941, pp. 239-253, 16 figures dont 15 en 2 planches. Bibliographie.

Dès le début de ses recherches sur la lymphogranulomatose bénigne (1917), Schaumann a eu l'attention attirée vers des corpuscules spéciaux, fréquents dans les lésions (notamment dans les amygdales, les ganglions lymphatiques, etc.). Faciles à colorer (bleu polychrome, thionine, etc.), on les voit assez souvent à l'intérieur des cellules géantes. Au début, ils ont un aspect lymphocytoïde mais présentent une membrane à double contour bien visible; isolés ou par paires, ils siègent à l'un des pôles de la cellule géante et sont fortement colorés. Plus tard, ils augmentent de volume et gagnent le centre de la cellule géante; leur double contour est moins distinct et le corpuscule semble composé par de nombreuses lamelles concentriques. Plus tard, encore, ils remplissent une grande partie de la cellule géante et peuvent faire effraction hors de celle-ci, devenir libres et se fragmenter.

Ces formations ont été retrouvées dans les lésions de lymphogranulomatose bénigne par Tillgren, par Berg et Bergstrand, par Lindau. Schaumann les a constatées dans le lupus vulgaire, la tuberculose verruqueuse, la lèpre tuberculeuse, etc., Heidingsfeld et d'autres dans le lupus érythémateux, Nanta dans la splénomégalie

mycosique, Introzzi dans les ganglions tuberculeux d'un lupus érythémateux aigu (abondants dans les parties caséifiées alors que les bacilles de Koch y faisaient défaut, absents dans les zones non caséifiées de ces mêmes ganglions où abondaient les bacilles de Koch).

D'autre part, dès 1915, Schaumann a observé dans des lésions de lymphogranulomatose bénigne, *émergeant* des corpuscules précédents, des éléments du type streptothrix qu'il a pu cultiver, les uns granulaires, les autres ramifiés, élargis ou bifurqués à leur extrémité et dont les rapports avec les corpuscules paraissent indiscutables.

Schaumann discute les interprétations qui ont été données de ces formations : fibres élastiques (majorité des auteurs), fibres conjonctives (Lombardo), poils (Lombardo), bacille tuberculeux (Metchnikoff), éléments mycosiques de type streptothrix (Schaumann). Il rappelle les travaux, après d'autres, de Reenstierna (1912) qui, de lésions tuberculeuses, a isolé des formations polymorphes, dont certaines, filamenteuses, de type streptothrix, sont identiques à celles que Schaumann constate dans la lymphogranulomatose bénigne; ces travaux ont été confirmés par Gullberg (1933-1935).

Renouvelant ses recherches, cette fois par la méthode de coloration au « bleu de nuit », avec Hallberg, Schaumann retrouve ces diverses formations aussi bien dans les tissus de tuberculose que dans ceux de lymphogranulomatose bénigne. Il en conclut que le microorganisme de la tuberculose est capable de réaliser ces corpuscules dans les affections tuberculeuses, y compris la lymphogranulomatose bénigne. Le bacille de Koch peut se transformer en corpuscules (Metchnikoff) et, par évolution de ceux-ci, prendre un aspect mycosiforme.

[Voir aussi sur ces mêmes recherches dans les crachats et tissus tuberculeux et dans les lésions de lymphogranulomatose bénigne l'article de : V. Hallberg. Sur certains corpuscules spéciaux visibles dans les lésions tuberculeuses. (On peculiar corpuscules occuring in tuberculous material). *Acta medica scandinavia*, vol. **113**, fasc. 5, 8 avril 1943, pp. 412-415, 1 planche en couleurs, bibliographie. Ce court article montre les mêmes formations corpusculaires et fungiformes déjà signalées par Schaumann].

A. Touraine

F. Ronchese (Providence, U. S. A.). — **Sarcoïdes et tuberculose** (Sarcoid and Tuberculosis). *Archives of Dermatology and Syphilology*, vol. **46**, décembre 1942, pp. 860-871, 6 figures. Bibliographie.

Chez un homme de 15 ans, une éruption de sarcoïdes nodulaires disséminées de la face s'accompagne des signes radiologiques d'une granulie pulmonaire. Cette observation est soumise à l'appréciation de 9 dermatologistes américains ; 2 concluent à des lésions tuberculeuses de lupus vulgaire, 7 à des sarcoïdes. A l'autopsie, il est constaté qu'il s'agit de tuberculose miliaire du poumon avec présence de bacilles acido-résistants. La cuti-réaction à la tuberculine avait été négative.

Rappel des travaux de Leder (1939), Michelson (1939), Laymon (1940), etc. qui concluent à la très grande difficulté de distinguer cliniquement ou anatomiquement les sarcoïdes des lésions tuberculeuses

L'A. conclut de ce cas que sarcoïdes et sarcoïdoses sont une forme atténuée de tuberculose.

A. Touraine.

L. E. Warfwinge. — **Sarcoïde de Bœck reproduite expérimentalement par un bacille tuberculeux humain virulent dans un cas de maladie de Schaumann** (Bœck's sarcoid, experimentally produced by virulent, human tubercle bacilli in a case of Schaumann's disease). *Acta medica scandinavia*, vol. **114**, fasc. 3, 26 mai 1943, pp. 259-270, 5 figures. Bibliographie.

Le bacille tuberculeux a été trouvé dans les lésions de maladie de Schaumann et, en 1941, par Schaumann et Hallberg dans les ganglions. Pinner a réuni, en 1938,

25 cas d'inoculations positives au cobaye. Pour Kyrle ces inoculations sont formées, les premiers jours, d'un tissu d'inflammation non spécifique dans lequel on trouve de nombreux bacilles acido-résistants; une biopsie faite 5 semaines plus tard montre une structure typique de maladie de Schaumann, mais on ne trouve plus de bacilles. Mylius et Schürmann (1929) ont trouvé côte à côte dans le même organe des lésions de maladie de Schaumann et de tuberculose classique avec tous les intermédiaires entre ces lésions.

D'après Lemming (*Acta med. scand.*, t. **110**, 1942, p. 151) la maladie de Schaumann montre une anergie contre la tuberculine mais la vaccination au B. C. G. reproduit localement des lésions typiques de maladie de Schaumann. Pour Schaumann et Hallberg (*Acta med. scand.*, t. **107**, 1941, p. 499) il est très probable que l'antigène de Kveim, préparé avec des ganglions de maladie de Schaumann, renferme un bacille tuberculeux non virulent. Kallos (*Beitr. z. Immunbiol d. Tuberk.*, Stockholm, 1941) a prouvé expérimentalement qu'un bacille tuberculeux virulent peut déterminer des lésions de maladie de Schaumann si l'on procède auparavant à une stimulation du système réticulo-endothélial par inoculation de Bartonella; si ce système est bloqué à l'encre de Chine les lésions deviennent celles d'une tuberculose nécrosante ordinaire

Chez un malade atteint simultanément de maladie de Schaumann et de tuberculose pulmonaire typique, W. a obtenu des lésions caractéristiques de maladie de Schaumann en injectant sous la peau des bacilles tuberculeux virulents provenant du malade lui-même.

Tous ces faits justifient la conclusion que maladie de Schaumann et tuberculose sont les deux phases différentes d'une seule et même maladie.

A. Touraine.

J. Reenstierna (Upsal). — **Du rôle possible de la lèpre dans l'étiologie des sarcoïdes de Besnier-Bœck et dans l'étiologie de la maladie de Schaumann** *Acta medica scandinavia*, vol. **103**, fasc. 1-2, 13 février 1940, pp. 119-132 (en français).

Critique raisonnée des idées de Rabello (*Ann. de derm.*, juin 1936). La lèpre peut, certes, déterminer des lésions cutanées, osseuses et peut-être même pulmonaires identiques à celles des sarcoïdes de Bœck ou de l'érythrodermie de Schaumann. Mais on n'a pas démontré que le microbe de la lèpre puisse déterminer les réactions du système réticulo-endothélial qui constituent la maladie de Schaumann. Les travaux de Rabello manquent des recherches nécropsiques qui seraient nécessaires pour cette démonstration. A. Touraine.

H. Seidlmayer (Munich). — **Sur la pigmentation type Addison dans la lymphogranulomatose de l'enfance** (Ueber addisonartige Pigmentierung bei Lymphogranulomatose im Kindesalter). *Zeitschrift für Kinderheilkunde*, t. **63**, fasc. 6, 30 juin 1943, pp. 720-728, 2 figures. Bibliographie.

Une pigmentation cutanée, partielle ou totale, a plusieurs fois été signalée au cours de la maladie de Hodgkin chez l'adulte (1 cas de Arndt, Lortrat, Haxthausen, Mariani, Parkes Weber, etc., 3 cas de Backer, 6 de Nobl). Chez l'enfant on ne connaît que les cas de Lehndorff (pigmentation diffuse progressive dans les 4 dernières semaines chez un enfant de 5 ans, sans lésion des surrénales) de L. Morquio.

Chez un garçon de 13 ans, de souche tuberculeuse, la pigmentation a débuté à 10 ans, d'abord péri-articulaire puis généralisée, avec vif prurit, kératodermie palmo-plantaire : adénopathies cervicales et axillaires, puis inguinales, puis généralisées. A l'autopsie, nombreux nodules dans la rate, la moelle osseuse, quelques-uns dans le foie, les poumons. Surrénales normales. Pas de tuberculose. Histologie caractéristique dans les adénopathies ; dans les couches inférieures du derme, nombreux infiltrats typiques.

A. Touraine.

F. Ronchèse. — **Atrophie ichtyosiforme de la peau dans la maladie de Hodgkin** (Ichtyosiform atrophy of the skin in Hodgkin's Disease). *Archives of Dermatology and Syphilology*, vol. **47**, juin 1943, pp. 778-781, 2 figures. Bibliographie.

Cet état, déjà signalé par Nanta et Chatellier (*Ann. de Derm.*, 1925, p. 682) est particulièrement rare. En voici un exemple :

♂, 24 ans, début d'une tumeur ganglionnaire sus-claviculaire en mai 1936, masse médiastinale, disparition par radiothérapie. Apparition de l'ichtyose en novembre 1941, sans lésions hodgkiniennes de la peau.

A. Touraine.

J. Garb. — **Mycosis fongoïde avec lésions bulleuses** (Mycosis fungoïdes with bullous lesions). *Arch. of Derm. and Syph.*, t. **49**, n° 5, mai 1944, p. 315.

Cette étude est consacrée à la discussion des résultats de divers examens complémentaires (recherches chimiques dans le sang) pratiqués chez un malade atteint de mycosis fongoïde avec lésions bulleuses, dont l'observation clinique a été antérieurement publiée (Garb et Wise, *Arch. of Derm. and Syph.*, **48**, octobre 1943, p. 359). Ces examens avaient pour but de mettre en évidence des troubles des glandes surrénales, par les différentes méthodes employées jusqu'ici.

Pour l'auteur les affections cutanées graves, comme les affections de système, déterminent des altérations des surrénales qui expliquent les poussées ultérieures après régression et les résistances au traitement.

L. Golé.

A. Grall et A. Geyer. — **Deux cas de Maladie de Kaposi chez le noir africain.** *Médecine tropicale*, année **5**, n° 3, juillet-août-septembre 1945, pp. 207-218, 7 figures. Courte bibliographie.

Signalée au Nigéria (24 cas de Smith et Elms en 1934), en Ouganda (3 cas de Hennessey de 1937 à 1942 sur 477 tumeurs), à Ayos (2 cas de Chabeuf de 1937 à 1942), cette affection n'est pas exceptionnelle chez le noir. Les auteurs en rapportent deux cas personnels, étudiés en 1945.

♂, 19 ans ; début, il y a 2 mois, par un œdème d'un bras puis d'une jambe. Puis nodosités caractéristiques, adénopathies. Syphilis à 17 ans, sérologie positive.

♂, 62 ans ; début il y a 5 mois par des nodosités sur l'hémithorax et les membres du côté gauche ; volumineuse adénopathie axillaire.

Étude détaillée (avec 5 figures) des lésions histologiques (aspect de sarcome fuso-cellulaire, mais avec capsule fibreuse, néo-vaisseaux avec ou sans endothélium, transformations d'éléments fusiformes ou rameux en cellules monocytoïdes). Ces cellules possèdent l'instabilité morphologique, le potentiel évolutif et les propriétés physiologiques des éléments du système réticulo-endothélial.

A. Touraine.

J. Wigley. — **Sarcome de Kaposi** (Kaposi's idiopathic sarcoma). *Royal Soc. of Medic. Sect. of Dermatology*, 20 décembre 1945, *The British Journ. of Dermat. and Syphilis*, t. **48**, nos 5-6, mai-juin 1946, pp. 126-127.

♀ 43 ans, anglaise, non juive. Début en janvier 1945 au pied gauche. Diagnostic clinique de granulome pyogénique, puis histologique de hémangio-endothéliome lors de la rechute après exérèse, et finalement de sarcome de Kaposi.

A. Touraine.

5h. — *Dermatoses et tube digestif.*

J. M. Borda et M. J. Sa Fleitas (Buenos-Aires). — **Caractères de certaines lésions cutanées dans la côlite ulcéreuse** (Caracteres de ciertas lesiones cutaneas observadas en enfermos con colitis ulcerosa). *La Prensa Argentina*, année **32**, n° 17, 27 avril 1945, pp. 763-768, 3 figures. Courte bibliographie.

Les A. rappellent les observations antérieures de Gallart Monis et Sanjuan (1935)

chez un homme de 35 ans avec ulcérations de la bouche, de Bargen, Jackman et Ker (*Ann. of internal Med.*, **12**, 1938, p. 339) avec 9 cas d'érythème noueux et 4 de pyodermite gangréneuse. Ils rapportent 4 observations personnelles au cours de côlites ulcéreuses non amibiennes :

1° ♀, 14 ans, entérite intermittente depuis un an; avec poussées concomitantes d'urticaire et de bulles sur les fesses, les cuisses et entérocoque hémolytique type Bargen dans les bulles; guérison par auto-vaccin;

2° ♀, bulles disséminées, avec entérocoque type Bargen; grande amélioration par auto-vaccin;

3° ♂, 35 ans, acné nécrotique et placards eczématiformes de la face interne des cuisses; allergie cutanée vis-à-vis du diplostreptocoque de Bargen trouvé dans l'intestin; échec de l'auto-vaccin;

4° ♀, 10 ans; pas de manifestation cutanée spontanée, mais allergie au microbe de Bargen. A. Touraine.

N. Fiessinger, M. Aussannaire et G. Mantoux. — **Les manifestations cutanées au cours des ictères graves.** *Bulletin et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, t. **62**, n° 8-9-10-11-12. Séance du 22 mars 1946, pp. 180-183.

Les auteurs rapportent deux cas d'ictère grave survenu le premier chez une femme de 57 ans, à la période terminale d'une cirrhose de Mossé-Marchand-Mallory, le deuxième chez un homme de 47 ans (maladie de Rokitansky). Dans le premier cas survint un érythème par plaques avec médaillons simulant un pityriasis rosé de Gibert, et qui s'étendit rapidement, devint confluent et purpurique.

Dans le deuxième cas il s'est agi de larges placards érythémateux à contours polycycliques, centrés parfois par une tache purpurique ou par une petite phlyctène dont le liquide contenait des cellules épithéliales, sans leucocytes, ni germes.

Cet exanthème s'accompagnait d'énanthème : vésicules sur le voile du palais et la face interne des joues.

Bergstrand dans sa monographie sur l'ictère grave par atrophie jaune aiguë, rapporte 6 éruptions cutanées sur 97 cas.

Dans 2 cas d'ictère grave dû au tétrachlorétane, il y eu également des éruptions. Le type de ces efflorescences cutanées, observées dans les ictères graves, et également dans les ictères bénins, dans l'ictère catarrhal est variable : urticarien, morbilliforme, érythémateux, papuleux, exanthémateux, œdémateux.

Discussion de la pathogénie. — Les auteurs penseraient volontiers à des phénomènes vaso-moteurs et toxiques dus aux protides dégénérés provenant de la fonte du parenchyme hépatique. F. Coste.

5j. — *Dermatoses et appareil génito-urinaire.*

J. E. M. Wigley et D. Hunter. — **Calcinose dans un cas de néphrite chronique avec hyperparathyroïdisme secondaire** (Calcinosis in a Case of chronic Nephritis with secondary Hyperparathyroïdism). *Proceedings of the Royal Society of Medicine, Section of Dermatology* (16 novembre 1944), t. **38**, n° 2, février 1945, p. 141, 7 figures.

Intéressante observation, chez une femme de 21 ans, de calcinose cutanée en nombreuses petites papules rouge-brun, indurées, sur les aisselles, cuisses, fosses cubitales, fesses, jarrets, dos, cou, région génitale. Légère ostéoporose généralisée, calcification des petits vaisseaux des mains et des pieds. Chimie du sang normale. Histologie : dépôts calcaires dans le chorion avec légère inflammation périphérique à polynucléaires et éosinophiles. Insuffisance rénale. Autopsie : néphrite chronique, hyperplasie des quatre glandes parathyroïdes. A. Touraine.

5k. — *Dermatoses et système nerveux.*

H. Roger (de Marseille). — **Les syndromes neuro-ectodermiques. Les neuro-ectodermoses.** *Gazette des Hôpitaux*, année **117**, n° 17, novembre 1944, pp. 263-264.

La nosographie divise les maladies suivant les organes frappés (classification topographique), suivant les causes qui les frappent (classification étiologique), suivant les caractères de leurs lésions (classification anatomo-pathologique), suivant leurs fonctions générales (classification physio-pathologique).

On tend aujourd'hui à distinguer les processus à manifestations multiples atteignant les formations de même structure (maladies des séreuses, du tissu réticulo-endothélial) ou de même origine embryonnaire, quelle que soit leur place dans l'économie alors qu'elles n'occupent même que des portions d'organes éloignés et différents les uns des autres; affections du mésoderme et surtout affections de l'ectoderme et de son dérivé, le système nerveux : syndromes neuro-ectodermiques ou neuro-ectodermoses.

Reprenant une classification déjà proposée par lui, l'auteur divise ces derniers en trois groupes :

1° Les maladies dystrophiques à caractère tumoral qu'il désigne pour cette raison sous le nom de *neuro-ectodermomes*. Les unes sont diffuses : *maladie de Recklinghausen* (neuro-fibromatose ou mieux neuro-gliomatose généralisée), *maladie de Bourneville* (adénomes sébacés de la face avec épilepsie ou troubles psychiques), *maladie de Lindau* (angiomatose cérébro-rétinienne et cutanée), la première à manifestations cutanées prédominantes, les deux autres à localisations surtout nerveuses. Toutes ces affections sont reliées par des caractères communs qui les rapprochent dans les cadres anatomique, histologique, étiologique, pathogénique et évolutif.

Les autres sont plus localisées, voire systématisées : *mélanoblastose neuro-cutanée de Touraine* (nævi pigmentaires et mélanose du système nerveux). A côté de ces neuro-ectodermomes à caractère tumoral, Touraine distingue trois autres types de neuro-ectodermoses congénitales non tumorales :

un *type hypoplasique avec troubles psychiques* (albinisme, atrophie ou dystrophie des ongles, alopécie congénitale, cutis laxa, etc. associés à l'arriération mentale;

un *type hyperplasique avec troubles psychiques* (ichtyose ou kératose congénitales, érythrodermie ichtyosiforme de Brocq, lentiginose centro-faciale, hirsutisme ou hypertrichose, etc., associés à des troubles divers, généralement dans le sens de l'hyperactivité;

un *type dysplasique* (trophœdème, status dysraphicus de Bremer).

Il existe en outre des neuro-ectodermomes systématisés à un territoire déterminé : face (angiomatose encéphalo-trigéminée de Crouzon, maladie de Sturge-Weber-Krabbe), tronc (nævus ou hypertrichose lombo-sacrés associés à l'énurésie ou à un spina bifida), membres (tumeurs glomiques de Masson).

2° Les états infectieux à prédominance neuro-cutanée, qu'il désigne sous le nom de *neuro-ectodermites*. Les uns sont dus à un virus filtrant, soit neurotrope (encéphalite, poliomyélite, rage) soit dermotrope (herpès, vaccine) soit neuro-dermotrope (zona); les autres relèvent de germes connus à prédominance neuro-ectodermique manifeste (tétanos, diphtérie, syphilis, lèpre, trypanosomiase, etc.).

3° Les intoxications à manifestations neuro-cutanées prédominantes, qu'il désigne sous le nom de *neuro-ectodermismes*. Les unes sont exogènes (arsenicisme, bro-

misme, maladie sérique); les autres endogènes (pellagre, porphyrinurie, maladie de Basedow, etc.). Dans tous ces cas il existe une association évidente de symptômes nerveux et de manifestations cutanées de type variable, justifiant un tel groupement. LUCIEN PÉRIN.

L. F. HERZ (New-York). — **L'acrodynie, ses symptômes et ses causes possibles, avec une revue de la littérature** (Acrodynia, its symptoms and possible causes ; with a review of the litterature). *The urologic and cutaneous Review*, t. **44**, n° 6, juin 1940, pp. 388-394, 61 indications bibliographiques.

Bonne et claire revue générale avec long exposé des théories pathogéniques (infections, carences en vitamines, dysfonction du système nerveux végétatif, intoxication arsenicale, etc.). Pas de fait nouveau. A. TOURAINE.

F. HELLIER. — **Relations de la dermatologie avec la psychiatrie** (The relation of dermatology to psychiatry). *British medical Journal*, n° 4347, 29 avril 1944, pp. 583-585. Très courte bibliographie.

Intéressant article sur l'influence de la personnalité psychique dans le groupe des dermatoses classées par Brocq parmi les « réactions cutanées ».

Tableau pittoresque de l'enfant atteint d'*eczéma*, inquiet, tourmenté, mais vif, entreprenant, intelligent et rappel d'une description analogue de Rogerson (1943). Rôle du désir, du « grattage amoureux jusqu'à la langueur » dans le *prurit*. Description du caractère de la femme de 35 à 45 ans, célibataire, atteinte de *rosacée*, timide, réservée, fuyant les contacts sociaux, rentrée en elle-même, aux sentiments comprimés; rôle des traumatismes émotionnels aigus (13 cas sur 50 d'après Klaber et Wittkower, 1939) ou prolongés (20 cas sur 50). Fréquence de l'anxiété dans les *alopécies*, des facteurs psychiques dans la *pelade* (guérison, d'après Ingram, d'une pelade grave, rebelle, chez un enfant unique, choyé par ses parents, à la suite du départ du foyer familial). Cas de *lichen plan* après choc nerveux unique (dans ce cas, guérison rapide) ou prolongé (lente réadaptation alors nécessaire pour la guérison). Nervosité, tremblements des mains et des pieds chez les sujets atteints d'*hyperidrose* palmo-plantaire. Guérison par suggestion des *verrues* vulgaires (dans 75 o/o des cas d'après Bruno-Bloch) montrant l'action d'un processus psychologique sur le cours d'une maladie infectieuse spécifique.

A. TOURAINE.

G. HODGSON. — **Considération sur les facteurs psychosomatiques dans l'étiologie de quelques affections cutanées** (A consideration of psychosomatic factors in the ætiology of some skin diseases). *The British Journal of Dermatology and Syphilis*, vol. **57**, n°s 7-8, juillet-août 1945, pp. 125-138. Courte bibliographie.

Quoique prêtant à discussion, intéressant article qui développe les trois propositions suivantes :

1° Les dermatoses psychosomatiques se développent dans le type « personnalité instable ».

2° La morphologie de l'éruption varie selon le type cutané basal du sujet (4 types : normal, ichtyosique, séborrhéique, eczémateux).

3° Comme corollaire de la proposition précédente, les éruptions d'un type classé et commun (séborrhée, eczéma, etc.) peuvent quelquefois se présenter comme le résultat psychosomatique de l' « anxiété » chez des sujets instables et peuvent être considérées non comme des désordres purement cutanés mais comme la manifestation d'un état d'anxiété sous-jacent.

Le type « personnalité instable » est caractérisé par la labilité du système vasomoteur (rubéfaction, dermographisme, hyperidrose, tremblement des extrémités, réflexes tendineux vifs, anxiété mentale, psychasthénie).

Les dermatoses psychosomatiques se divisent en deux groupes :

a) *d'excitation* (frictional), résultant du frottement ou du grattage par suite de prurit : excoriations, lichénifications de tous types, eczématisation, infections secondaires, usure des ongles. Dans le type basal normal : fréquence des pyodermites, de l'ecthyma. Dans le type ichtyosique : peu d'infections secondaires, mais eczématisation, excoriations. Dans le type séborrhéique : souvent infection des excoriations (acné excoriée des jeunes filles). Dans le type eczémateux : dermatites vésiculeuses, suintantes (dermatite eczématoïde infectieuse, eczéma variqueux). Dans tous ces types : fréquence, à la longue, des névrodermites;

b) *spontanées*, non précédées par le prurit : dermographisme, urticaire chronique d'origine nerveuse, œdème angio-neurotique, hyperidrose générale ou des extrémités, dysidrose. Dans le type basal normal : soit névrodermite exsudative aiguë (en plaques circonscrites, sans vésicules d'eczéma) soit érythème aigu (type : érythème pudoral). Dans le type ichtyosique : peu de tendance à l'eczématisation. Dans le type séborrhéique : fréquence de la rosacée, de l'acné, de l'otite externe exsudative; souvent prurit, infections secondaires, éruptions eczématoïdes. Suivent 4 observations qui illustrent ces divers types.

Certaines dermatoses peuvent être considérées comme le résultat psychosomatique direct d'un état d'anxiété. Le prurit, origine habituelle des dermatoses d'excitation, paraît l'effet d'un trouble psychosomatique de la personnalité tout entière, et s'accompagne d'un « habitus neuropathique » en relation avec un état de tension émotive et parfois de névrose neuro-sexuelle (Stokes, 1940); la localisation du prurit dépend de lésions locales (hémorrhoïdes, varices, intertrigo, etc.). Quant aux dermatoses dites spontanées, elles s'associent toujours avec un état général de psychonévrose.

L'étiologie de ces dermatoses est donc complexe : aux facteurs généraux précédents il faut ajouter les facteurs individuels, les influences extérieures locales (cas, entre autres, de l'eczéma séborrhéique, de l'eczéma dit diathésique aigu, de la dysidrose). Mais l'état de « personnalité instable », tel qu'il est réalisé notamment chez les hystériques, paraît être un des plus importants parmi ces facteurs. [L'auteur n'envisage ni le rôle de la constitution physique ni celui de l'hérédité, *An*].

A. TOURAINE.

E. SLATER. — **Facteurs psychologiques dans les affections cutanées ; note sur quelques publications récentes** (Psychological factors in cutaneous affections : a note on some récent publications). *British medical Bulletin*, t. **3**, nº 7-8, 1945, art. 738, pp. 185-188. Bibliographie.

Sans apporter de données personnelles nouvelles, l'A. indique l'intérêt progressif qui se porte vers les relations de l'état psychique avec les troubles cutanés. Il rappelle les travaux de Stokes et Beerman (1940) (troubles vaso-moteurs dans la transpiration et le prurit, personnalité des allergiques, influence des émotions, etc.), de Rogerson (1939) (dermatoses des vagotoniques et des sympathicotoniques; personnalité des allergiques), de Kläber et Wittkover (1939) (anomalies psychiques dans la rosacée), de Hellier (1944) (état psychique de l'eczéma, de la pelade, de l'hyperidrose), de Mac Kenna (1944) (dermatoses spéciales aux hystériques, aux obsédés, aux anxieux, etc.).

Hodgson (1941) remarque la fréquence de la gale et Roffin (1943) celle des poux de tête chez les arriérés mentaux; mais Mellanby, Northedge, Johnson (1942) ne trouvent pas de différence, au point de vue de la gale, entre les sujets à intelligence élevée ou basse.

A. TOURAINE.

Clément Simon. — **Essai sur les stigmates hystériques et sur les stigmates des mystiques chrétiens.** *Paris Médical*, année **35**, n° 1, 10 janvier 1945, pp. 1-11.

Depuis l'époque de Charcot où l'hystérie était considérée comme une « grande simulatrice » capable de reproduire la plupart des maladies, les idées ont évolué et les notions de suggestibilité (Babinski, Logre) ou d'émotivité (Claude) se sont substituées au concept primitif de la névrose. On tend aujourd'hui à admettre que l'hystérie est un état nerveux susceptible de déterminer des syndromes analogues à ceux des lésions organiques par l'intermédiaire de troubles fonctionnels passagers ou d'angiospasmes localisés.

Dans le domaine de la dermatologie un certain nombre de lésions observées en France et à l'étranger relèvent peut-être de cette pathogénie. Ce sont des érythèmes, des ecchymoses ou des pétéchies, des ulcérations, des phlyctènes, parfois même des gangrènes apparaissant spontanément ou par suggestion chez des sujets névropathiques, guérissant de même et considérés pour cette raison comme de nature hystérique. Plusieurs auteurs ont obtenu par suggestion ou par hypnose des vésicules, du dermographisme en forme de lettres suggérées, des brûlures par pièce de monnaie froide maintenue sur la peau, etc. Ces manifestations, qui doivent être distinguées, cela va sans dire, des cas de simulation banale, ont été réunies sous le nom de stigmates cutanés de l'hystérie et mises par Kreibich sous la dépendance d'une angionévrose. Les recherches de Marinesco et de Pawlow sur la physiologie du diencéphale, les expériences de Reilly montrant que la grande excitation sympathique peut déterminer des hémorragies cutanéo-muqueuses et viscérales viennent à l'appui de cette manière de voir et confirment le rôle des lésions nerveuses dans leur pathogénie.

L'auteur pense que les stigmates des mystiques chrétiens se rattachent à la même cause. Ces stigmates, présentés pour la première fois par saint François d'Assise et à sa suite par plusieurs grands mystiques, consistent dans la reproduction des marques de la Passion sur les endroits du corps où le Christ souffrit depuis sa condamnation jusqu'à sa mort : couronnement d'épines, flagellation, pesée de la croix sur l'épaule, crucifiement. La stigmatisation serait pour lui une psychopathie mystique conditionnée par des troubles fonctionnels diencéphaliques, des troubles vasculo-sanguins en rapport avec la carence alimentaire, et une constitution hyperémotive. Le moindre traumatisme volontaire ou inconscient provoquerait dans ces conditions des hémorragies cutanées, et les répétitions rythmiques des stigmates seraient déterminées par le rappel imaginatif des étapes de la Passion. A la réflexion de Virchow sur la célèbre stigmatisée Louise Lateau : « Fraude ou miracle », il réplique qu'il ne s'agit là ni de fraude ni de miracle, mais de troubles cutanés s'expliquant par des lois naturelles et relevant du même mécanisme que les stigmates hystériques en général.

Cette assimilation des stigmates mystiques avec les stigmates de l'hystérie pourra heurter certains esprits et l'auteur s'en défend à l'avance en précisant qu'il emploie ce mot dans son sens scientifique moderne, non dans le sens populaire que lui fixe une étymologie malheureuse et surannée. Question d'étiquette à part, l'explication pathogénique qu'il propose résout d'une manière plausible le processus direct et en quelque sorte immédiat des accidents, mais elle ne va pas au delà. Il reste à définir et à expliquer la raison profonde de la stigmatisation, c'est-à-dire le mysticisme lui-même. Or le mysticisme, état mystérieux d'union de l'homme à Dieu, allant jusqu'à l'extase, échappe à toute explication rationnelle et scientifique satisfaisante. Quelle que soit la conception qu'on s'en fasse, exaltation du sentiment religieux inhérent à la nature humaine en général ou sens particulier réservé à quelques-uns et que les autres hommes ne possèdent pas, il dépasse le cadre de la

pathogénie et ne saurait être assimilé à une simple névrose, à moins de considérer aussi comme tels les sentiments qui élèvent l'humanité et contribuent à sa grandeur.

LUCIEN PÉRIN.

51. — *Dermatoses allergiques.*

P. DAGUIN. — **Sur un nouveau mode de traitement phytothérapique des états allergiques par l'extrait d'Agaricus campestris**. *Thèse*, Paris, 1944, Arnette édit., 115 pages. Bibliographie.

Parmi les traitements non spécifiques de l'allergie, l'A. recommande les comprimés de 0 gr. 50 de poudre de champignon de couche desséché (ou dragées ou sirop) à la dose de 4 à 6 et même 12 grammes par jour pour les adultes, de 2 à 4 grammes par jour de 2 à 12 ans. Ce produit est parfaitement toléré et inoffensif. Les résultats sont :

Urticaire et équivalents (41 cas) : 90 o/o de succès;
prurigo strophulus (5 cas) : 3 guérisons, 2 améliorations;
eczéma (10 cas) : 8 guérisons, 2 échecs;
coryza spasmodique (16 cas) : amélioration dans 80 o/o;
asthme (14 cas) : 9 guérisons ou améliorations dont 2 rechutes, 5 échecs.

A. TOURAINE.

A. MARIN. — **Allergie cutanée. La dermatite eczémateuse.** *L'Union médicale du Canada*, t. **74**, n° 4, avril 1945, pp. 432-439.

Brillante étude d'ensemble sur :

les *conditions prédisposantes* : blancs plus que noirs, femmes plus qu'hommes, jeunes plus qu'adultes, peaux fines plus qu'épaisses, été et transpiration plus qu'hiver et peau sèche, ichtyose, séborrhée, etc.;

les *signes cliniques* des eczémas aigus, subaigus;

le *diagnostic clinique* (rash, autres dermatoses, dermites médicamenteuses surajoutées ou non);

la *localisation* (rôle des professions diverses, des produits de beauté ou médicamenteux);

l'*historique de la dermatose* (enquête commémorative, évolution, etc.);

les *patch tests*, dont la valeur a été surestimée et qui « tout au plus constituent un argument de présomption ». Exemple emprunté à Hall : dans une fabrique d'avions des U. S. A., 580 cas d'eczéma furent attribués au dural (aluminium, cuivre, manganèse, magnésium); 36 o/o de ces cas n'étaient pas, en réalité, professionnels; les réactions cutanées furent positives dans 65 o/o pour le mordant (chromate de zinc), dans 2 o/o pour l'aluminium, dans 28 o/o à des causes non identifiées et dans 5 o/o seulement au dural;

le *traitement* (prophylaxie; peu de valeur du régime alimentaire et des méthodes de désensibilisation générale; importance du traitement local).

A. TOURAINE.

6a. — *Prurits, prurigos.*

CLÉMENT SIMON. — **Essai sur les prurits « sine materia »**. *Le Bulletin Médical*, année **58**, n° 12, 15 juin 1944, pp. 137-141.

Le diagnostic et le traitement d'un prurit peut être difficile pour un dermatologiste averti, aussi lira-t-on avec fruit les conseils cliniques et thérapeutiques que l'A. a réunis dans cet « essai ».

H. RABEAU.

A. Somerford. — **La cholestérolémie dans le prurit généralisé** (Blood cholesterol values in cases of generalized pruritus). *The British Journal of Dermatology and Syphilis*, t. **55**, avril 1943, pp. 98-102.

La teneur du sang en sucre et en urée n'est augmentée que dans 50 o/o des cas de prurit généralisé.

Sur 43 sujets (21 ♂, 22 ♀) à glycémie et urémie normales, de 28 à 85 ans (dont les trois quarts de plus de 50 ans), le cholestérol sanguin a été augmenté chez 20 (entre 2 gr. 42 et 5 gr. 86); 17 étaient normaux; chez 6 autres le dosage a été de 1 gr. 58 à 1 gramme.

Il semble que l'hypercholestérolémie puisse être un facteur de prurit.

A. Touraine.

Th. Marti (Genève). — **Sur la sédation du prurit vulvaire par un traitement de base.** *Revue médic. de la Suisse romande*, année **60**, n° 11, 25 septembre 1940, pp. 779-790. Bibliographie.

L'A. a traité 23 cas de prurit vulvaire de diverses causes par le bromure de calcium sous forme de calciobromolactobinate (calcibronat), soit (et de préférence) par séries de 6 à 16 injections intraveineuses de 10 centimètres cubes (0 gr. 09 de calcium et 0 gr. 187 de brome par ampoule de 10 centimètres cubes), soit par 2 ou 3 tablettes effervescentes par jour (0 gr. 45 de brome et 0 gr. 23 de calcium par tablette).

Les résultats sur le prurit de ce traitement symptomatique ont été presque toujours très satisfaisants et durables, quelle qu'ait été la cause du prurit. Pas d'action sur les modifications atrophiques de la muqueuse si le prurit est dû à une hypofonction ovarienne chez des femmes âgées. A. Touraine.

S. Feldman, J. Pollock et A. Abarbanel. — **Traitement du prurit sénile par les substances androgènes et œstrogènes.** *Archives of Dermatology and Syphilology*, t. **46**, n° 1, juillet 1942, p. 112.

7 hommes et 5 femmes de 66 à 88 ans ont été ainsi guéris complètement en 4 semaines environ. Chez l'homme, une injection, tous les 5 à 7 jours, de 10 milligrammes de propionate de testostérone; chez la femme, injections de 1 milligramme de dipropionate d'œstradiol. Les résultats n'ont cependant été que passagers et le prurit a reparu 2 à 7 semaines après la fin du traitement.

A. Touraine.

P. Cottenot. — **Radiothérapie du prurit** *L'actualité dermato-vénéréologique*. L'expansion scientifique française, éd. 1944, pp. 103-105.

Les rayons X constituent une arme particulièrement efficace contre le prurit. Mais la radiothérapie doit être conduite avec une technique rigoureuse selon les indications et l'étiologie. Elle est alors d'une innocuité absolue.

Parmi les prurits essentiels localisés, le prurit génital (anal, vulvaire ou scrotal) est une des indications primordiales de la radiothérapie. Le prurigo nodulaire, la lichénification circonscrite sont heureusement influencés mais les rayons X devront intervenir en dernier lieu, après les pommades décapantes et la cryothérapie.

Le prurit sénile généralisé, contrairement à l'opinion généralement admise, pourra être traité avec succès non par une irradiation uniforme mais au contraire par des irradiations successives de champs cutanés assez grands, avec une dose suffisante pour obtenir l'effet sédatif tout en restant d'une innocuité absolue.

Les rayons X seront employés également dans les prurits secondaires. Mais dans ces cas, à l'irradiation superficielle par grands champs, on ajoutera la radiothérapie étiologique (leucémie, lymphogranulomatose, mycosis).

Le prurit du lichen plan sera traité par irradiations des racines rachidiennes, selon la technique de Pautrier ou de Gouin.

En résumé les techniques employées seront très différentes suivant les affections envisagées. L. Golé.

C. Böhm (Zurich). — **L'alcoolisation dans le traitement du prurit ano-génital** (Die Alkoholbehandlung des Pruritus ano-genitalis). *Dermatologica*, vol. **92**, n° 2-3, 1946, pp. 160-164.

Injections de 0 cm³ 5 à 1 centimètre cube d'alcool en 4 à 6 piqûres, répétées tous les 3 à 8 jours (anesthésie locale préalable dont la répétition peut être dangereuse chez les vieillards). Pas de complications sauf, dans un cas, un infiltrat dur.

130 cas traités : 72 prurits anaux dont 65 guéris en 5 injections ou plus, 20 prurits vulvaires dont 16 guérisons, 38 prurits ano-vulvaires dont 35 guérisons (4 observations rapportées avec quelque détail). A. Touraine.

J. Charpy et A. Grapin. — **Le pentaméthylènetétrazol (cardiazol) en dermatologie (1re note).** *Lyon-Médical*, t. **175**, nos 8 et 9, 24 février 1946 et 3 mars 1946, pp. 113-118 et 129-136.

Les A. ont largement expérimenté ce médicament en dermatologie et ont constaté qu'il était un remarquable antiprurigineux et qu'il agissait sur le trophisme cutané. Médicament très maniable et bien toléré s'employant de préférence en injections intramusculaires et par la bouche. On utilisera des doses unitaires ne dépassant pas 20 centigrammes mais répétées toutes les 2 ou 3 heures pendant le jour seulement. Par exemple, dans un prurit, le traitement d'assaut comportera pendant 3 à 5 jours consécutifs une injection intramusculaire de 10 à 20 centigrammes de cardiazol (une à deux ampoules) et toutes les 2 ou 3 heures un à trois comprimés de 10 centigrammes, soit 70 centigrammes à 2 grammes par jour en doses égales, réparties dans la partie diurne.

Chez le nourrisson à partir de six mois on peut donner par la bouche un à deux comprimés par quart de comprimé.

D'après les A., résultat presque instantané sur le prurit des eczémas, guérison rapide de l'urticaire chronique, du strophulus, des prurits ano-génitaux, amélioration de la plupart des dermatoses prurigineuses. L'action trophique du cardiazol en ferait également un médicament actif dans les ulcères de jambes et les plaies atones.

Pour expliquer le mécanisme d'action du médicament les A. proposent de séduisantes hypothèses, trop séduisantes peut-être, basées sur la physiologie des neurones. Jean Lacassagne.

P. Nexmand. — **Allergie mycosique dans le prurigo de Besnier** (Allergy to fungi in patients with Besnier's prurigo). *Nordisk Medicin* (Gothenburg), t. **29**, 18 janvier 1946, pp. 107-113.

L'intradermo-réaction avec 5 souches différentes a été positive chez 21 sur 39 malades atteints de prurigo de Besnier. Sur 12 de ces sujets 8 vivaient dans des quartiers humides. A. Touraine.

V. Cordonnier. — **Le prurigo bulleux.** *Société médicale et anatomo-clinique de Lille*, 13 novembre 1945.

Au cours d'une poussée de prurigo strophulus des bulles volumineuses, en peau saine, pemphigoïdes, ont rappelé celles de la maladie de Dühring.

Cas à rapprocher de celui de Gougerot, Giraudeau et de Graciansky (*Soc. de Derm.*, 8 mars 1945). A. Touraine.

R. Bonnet. — **Sur un cas de prurigo-strophulus guéri par le régime albumineux.** *Thèse*, Paris, 1945, 32 pages dactylographiées. Bibliographie.

Après un rappel de la clinique et des conceptions pathogéniques, B. rapporte 3 observations de R. Mathieu et une brève observation personnelle qui tendent à démontrer le rôle des farineux dans l'alimentation en déterminant une côlite. « Cette diététique défectueuse paraît agir en altérant la muqueuse intestinale qui deviendrait alors perméable à certaines protéines animales toxiques ». Donc, « restreindre les féculents, varier l'alimentation, y introduire de façon progressive des protéines animales ». A. Touraine.

6c. — *Erythèmes actifs.*

G. Boysen (Oslo). — **Erythema infectiosum.** *Acta paediatrica*, t. **31**, n° 2, 31 décembre 1943, pp. 211-223, 3 figures. Bibliographie.

Connu depuis Willan (1799) en Angleterre, Moussous (1906), Cheinisse (1915) en France, etc., cet érythème est étudié ici d'après une véritable petite épidémie, en automne, de 52 cas chez des sujets de 2 à 35 ans, avec maximum de 6 à 11 ans, souvent pris pour des scarlatineux.

Pas de *prodromes* dans 18 cas ; pour les autres, légères douleurs dans la gorge, les muscles, les articulations, frissons, fièvre rare et légère. Durée de cette période : quelques heures à 8 jours.

Éruption : Début généralement à la face, puis, 1 à 7 jours plus tard, aux extrémités et sur le tronc, principalement sur les surfaces d'extension, les hanches, les fesses. Paumes et plantes respectées. Éléments de toutes tailles, extensifs, souvent étendus, rapidement circinés, en guirlandes, isolés ou confluents, légèrement œdémateux dans la zone d'extension. Adénite dans 16 cas. Légère fièvre, vers 38°5, pendant 1 ou 2 jours chez 5 malades. Leucocytose très modérée, mais éosinophilie de 5 à 17 o/o.

Étiologie inconnue. Le rôle du streptocoque hémolytique doit être éliminé en raison de toutes les recherches qui ont été pratiquées.

A. Touraine.

P. Mauriac, M. Bergouignan et H. Léger. — **Polymyosite œdémateuse mortelle.** *Paris Médical*, année **35**, n° 5, 20 février 1945, pp. 45-48.

La polymyosite œdémateuse, ou dermatomyosite de Wagner-Unverricht, qu'il ne faut pas confondre avec la poïkilodermatomyosite de Petges-Jacobi, est caractérisée par un œdème douloureux de la musculature squelettique, accompagné d'infiltration de la peau et d'érythèmes localisés. Cette affection peu connue, due probablement à un virus, et qui simule à première vue une néphrite hydropigène compliquée d'érysipèle de la face, a été rarement observée en France. Les auteurs en relatent un cas typique représentant la forme grave, à foyers hémorragiques, de l'affection, et qui s'est terminé par la mort.

Observation. — Femme de 34 ans, originaire de la Dordogne, entrée à l'hôpital pour infiltration des téguments, fatigue musculaire et douleurs diffuses, apparues à la suite d'une grossesse. Œdème atteignant la face, le cou et les membres, sans godet, sauf à la face dorsale des pieds. Érythème en plaques de la face, sans bourrelet.

Asthénie profonde : la malade est épuisée par le moindre effort.

Douleurs diffuses des membres, provoquées par les mouvements. Muscles durs, douloureux à la pression. Réflexes normaux. Pas d'altérations osseuses à la radiographie.

Dysphagie marquée pour les solides, ne répondant à aucune lésion objective. Dans les selles présence d'un tænia.

Foie et rate normaux. Cœur : souffle mésocardiaque d'apparence fonctionnelle. T. A. : 14-6.

Urines : albumine o gr. 18, puis o gr. 02 ; sucre 1 gr. 04, puis 1 gr. 20. Pas de cylindres.

Sang normal. B.-W. négatif. Hémoculture négative.

Température 37°5-38°5.

Traitements institués : salicylate de soude, vitamine B, extrait thymique. Pas de résultat.

Peu à peu le tableau clinique s'aggrave ; la dysphagie devient de plus en plus marquée ; l'œdème, la rigidité et l'impotence musculaire s'accentuent. Apparition de signes d'insuffisance cardiaque avec anasarque et tachy-arythmie. Mort subite au bout de dix mois.

L'examen d'un fragment de muscle prélevé dans le quadriceps fémoral montre l'existence de lésions particulièrement intéressantes. Les fibres musculaires sont dissociées par une exsudation albumineuse formant des nappes ou des fuseaux d'œdème. Nombreuses plages hémorragiques disséminées dans la préparation. Espaces cellulo-conjonctifs interfasciculaires fortement élargis et infiltrés de lymphocytes, de plasmocytes, de mastzellen et d'histiocytes ; les cellules inflammatoires prédominent autour des vaisseaux et essaiment dans les fibres musculaires voisines. Les fibres musculaires elles-mêmes sont profondément altérées, les unes mal colorées ou ayant perdu leur striation transversale, les autres gonflées en fuseau avec homogénéisation du cytoplasme et vacuoles graisseuses. Par endroits nécrose totale. Les vaisseaux, nombreux dans les espaces cellulo-conjonctifs, ont une paroi légèrement épaissie avec condensation du tissu conjonctif et infiltrats inflammatoires à leur pourtour, sans périartérite véritable.

Cette intégrité relative des vaisseaux écarte l'idée d'un rapprochement entre la polymyosite œdémateuse et la périartérite noueuse de Küssmaul, admise par certains auteurs; par contre les altérations des fibres musculaires, l'œdème et l'infiltration inflammatoire du tissu interstitiel constituent les lésions prédominantes de l'affection et donnent à cette dernière son autonomie.

LUCIEN PÉRIN.

M. K. POLANO et K. NEERING (La Haye). — **L'état du sang dans la dermatomyosite** (Ueber das Blutbild bei Dermatomyositis). *Dermatologica*, t. **86**, n° 6, 1942, pp. 366-369, 2 figures.

♀, 68 ans ; depuis quelques semaines, douleurs dans les muscles des épaules et du cou ; taches érythémateuses dans ces mêmes régions, ainsi que sur le cuir chevelu, le visage, la poitrine, les fesses, les membres. Aggravation progressive, augmentation de la faiblesse musculaire, passage des lésions cutanées de l'érythème à l'atrophie ; mort en 10 mois au total, malgré de multiples essais thérapeutiques.

Forte accélération de la vitesse de sédimentation des hématies à mesure des progrès de la maladie. Légère leucopénie ; monocytose de 10 à 20 o/o. Ce serait des arguments en faveur de la nature infectieuse chronique de l'affection.

A. TOURAINE.

P. NOUAILLE. — **L'érythromélalgie et son traitement par le tartrate d'ergotamine.** *Thèse*, Paris, 1945, 37 pages dactyiographiées. Bibliographie.

Revue générale de l'affection. Dans deux cas personnels l'A. a obtenu une amélioration considérable par l'ingestion de tartrate d'ergotamine, à la dose de 3 milligrammes par jour au début, puis de 1 milligramme. Mais l'action du médicament n'est que symptomatique, passagère et la cure doit être reprise à la cadence de 10 jours par mois ou 2 ou 3 jours par semaine. Ce même produit a donné à Hedstrom (1936) 3 bons résultats et 2 échecs. A. TOURAINE.

L. OLIVETTI. — **Sur deux cas d'érythème fixe** (Intorno a due casi di erytema fisso). *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, vol. **84**, fasc. II, avril 1943, pp. 194 à 217. Bibliographie, 5 figures en noir.

Description de deux cas d'érythème fixe : dans l'un d'eux, l'étiologie est restée inconnue malgré les nombreuses recherches effectuées; d'après les anamnestiques il semblerait que la cause déchaînante ait été l'aspirine. Dans l'autre cas, la cause toxique a été nettement individualisée comme étant l'exotuberculine éteinte de

Finzi substance qui, semble-t-il, n'a jamais été décrite jusqu'alors comme cause d'érythèmes fixes.

Malgré les très nombreuses recherches instituées par divers auteurs, le mécanisme pathogénique des érythèmes fixes n'a pas encore été élucidé; certains voudraient les faire rentrer dans les phénomènes anaphylactiques, d'autres dans les troubles neuro-endocrines.

Il est difficile de trancher ce débat puisque dans la question complexe de la sensibilisation l'un ou l'autre de ces deux facteurs peut être en jeu particulièrement depuis que se manifeste la tendance à attribuer le syndrome allergique à des altérations du système neuro-végétatif.

Il est probable que le système neuro-végétatif peut entrer en cause plus que comme facteur dans la création d'un état allergique local au sens étroit du mot que comme élément localisateur dans l'établissement d'une méiopragie vasculaire, c'est-à-dire d'une altération, du complexe vaso-moteur cutané, limitée à la zone de peau lésée. Cela semblerait démontré par les lésions histologiques que l'on rencontre dans les érythèmes fixes et qui, même dans les cas qui font l'objet de cette étude portaient surtout sur les endothéliums vasculaires du derme réticulaire.

BELGODÈRE.

R. KLABER. — **Erythema gyratum perstans de Colcott Fox ; une observation et discussion de ses rapports avec l'érythème annulaire centrifuge de Darier et avec la dermatite herpétiforme** (Erythema gyratum perstans (Colcott Fox) : a case report, with discussion on relations with erythema centrifugum annulare (Darier) and dermatitis herpetiformis). *The British Journal of Dermatology and Syphilis*, t. **58**, nos 5-6, mai-juin 1946, pp. 111-121, 2 figures. Courte bibliographie.

Rappel du premier cas de Colcott Fox, en 1881, chez le frère et la sœur, et de la description de Darier (1916) de l'érythème annulaire centrifuge.

Rapport sur un cas personnel, chez une femme de 24 ans, avec début à l'âge d'une semaine, extension rapide des éléments, rares et courtes périodes de guérison apparente, peu ou pas de prurit, parfois formation de vésicules, 300 éosinophiles par millimètre cube de sang à l'un des deux examens, résistance à tout traitement sauf à la liqueur de Fowler.

Exposé, d'après 6 cas, des caractères différentiels avec l'érythème annulaire centrifuge et avec la dermatite herpétiforme.

Discussion de l'érythème annulaire centrifuge considéré comme une forme fruste de la dermatite herpétiforme ou différent de l'erythema gyratum perstans. Dans le doute, K. propose de revenir au terme primitif d'erythema gyratum perstans pour les cas analogues.

A. TOURAINE.

G. GELBJERG-HANSEN. — **Erythème chronique migrateur d'Afzelius à la suite d'une piqûre de tique** (Erythema chronicum migrans Afzelii and meningitis after et tick bite). *Act. Derm. Vener.*, vol. **25**, fas. 5, mars 1945, pp. 458-463. Bibliographie.

Trois observations d' « erythema chronicum migrans » dont deux à coup sûr dus à la piqûre de « ixodes reduvius (ou « ricinus »).

L'affection, décrite d'abord par Afzelius (1909), puis, plus en détail par Lipschütz (1913), est due le plus souvent à la piqûre de cet insecte qu'on trouve communément chez le chien, plus rarement chez l'homme. L'A. a observé sur lui-même des effets de cette morsure : une banale tache rouge, infiltrée, prurigineuse, de 2 à 3 centimètres de diamètre. Mais sur des sujets « sensibles », la réaction est plus compliquée : c'est l'érythème circiné migrant ou erythema chronicum migrans classique. On a vu la lésion diffuser fort loin et d'une piqûre de l'aine atteindre le cou et le dos des pieds.

La 1re malade de G. n'a pas remarqué la morsure de l'insecte. Aspect classique de la lésion cutanée. Le 2e, qui présentait encore des fragments de cercles fort nets aux aisselles et à la hanche, avait eu, 2 mois auparavant, une morsure de tique au flanc, et avait trouvé la tique sur lui ; il avait remarqué que son chien était couvert de ces mêmes animaux. Le troisième malade a été piqué deux mois auparavant aussi à l'aisselle droite par un insecte qui semble bien avoir été un ixode. La lésion a débuté un mois après la morsure et s'étend sur le bras, et toute la moitié du thorax. Cuisson intolérable, puis douleurs généralisées et symptômes d'une affection des centres nerveux. Des ponctions lombaires montrent une abondance énorme de lymphocytes. Pas de microbes. Wassermann négatif. La chimiothérapie demeure sans effet. Des calmants produisent une amélioration très lente. Le malade n'est tout à fait revenu à son état normal qu'après 2 ou 3 ans.

Hellerström a vu deux cas d'érythème migrant avec ascension de la température à 39° et l'un d'eux avec lymphocytose du liquide céphalo-rachidien et des troubles psychiques qui ont duré plusieurs mois. Askain a trouvé une toxine dans les glandes salivaires de l'ixode. Hellerström, avec de « l'extrait » d'ixode, a obtenu des intradermo-réactions positives chez des malades atteints d'erythema chronicum migrans, alors que la réaction était négative chez les sujets normaux.

G. G. conclut que l'érythème chronique migrateur est toujours dû à une piqûre d'ixode.

A. Civatte.

R. Johnson et H. Hecht (Californie). — **L'érythème palmaire ; ses relations avec la déficience protéinique** (Palmar Erythema ; et its relationship to protein deficiency). *The American Journal of the Medical Sciences*, vol. **211**, n° 1, janvier 1946, pp. 79-83, 3 tableaux.

En dehors de sa variété familiale, signalée par Lane en 1929, l'érythème palmaire, décrit par Chalmers, en 1899, est devenu assez commun (93 cas sur 1.183 malades divers, c'est-à-dire 7,9 o/o). On l'observe pendant la grossesse, la cirrhose, la tuberculose pulmonaire, les arthropathies rhumatismales, etc. Les A. signalent qu'il s'étend souvent à la pulpe de la dernière phalange ; il peut être diffus ou marbré, deux fois plus fréquent chez l'homme que chez la femme, visible à tout âge.

Les A. ont constaté une hypoprotidémie dans 83 o/o des cas (62,5 o/o dans la population générale du même hôpital). Celle-ci n'est pas à considérer comme la cause de l'érythème palmaire, mais ce dernier doit attirer l'attention sur l'examen du sang.

A. Touraine.

G. Milian. — **Les nez rouges.** *Paris Médical*, année **35**, n° 16, 10 juin-29 juin 1945, p 176.

Les nez rouges sont d'une grande fréquence en dermatologie (lupus érythémateux, lupus tuberculeux, rhinophyma, acné rosacée, engelures, maladie de Raynaud, etc.). Mais il en existe une variété encore mal individualisée malgré sa fréquence. Elle consiste dans des rougeurs violacées permanentes, sujettes à des accentuations périodiques, s'étendant sur une hauteur variable de la pointe du nez vers son milieu, s'accompagnant d'abaissement de la température locale, parfois de coryza et d'inflammation chronique de la pituitaire, et dont l'étiologie est inconnue. Les lésions qui rappellent le lupus pernio, mais ne sont pas infiltrées contrairement à ce dernier, ne semblent pas le résultat de troubles circulatoires vaso-moteurs ou de troubles glandulaires, mais paraissent liées à une inflammation locale d'origine infectieuse envahissant les capillaires veineux et amenant une vaso-dilatation cyanotique.

Le traitement consiste à traiter la muqueuse nasale par des insufflations de poudre de sulfamides (septoplix, lysapyrine, etc.), des pulvérisations boriquées, des cautérisations au galvanocautère ou au thermocautère, etc. Localement on conseillera les lotions astringentes (tanin à 1 o/o) ou les applications de neige carbonique, qui peuvent exercer une action contre le caractère disgracieux de l'affection.

Lucien Périn.

6d. — *Erythème polymorphe.*

A. Wersberg et E. Rosen. — **Erythema exsudativum multiforme.** *Arch. of Derm. and Syph.*, t. **53**, n° 2, février 1946, pp. 99-106. Bibliographie.

Historique des cas publiés depuis Hebra et étude critique de 3 cas personnels.

Pour les A. cette affection est une avitaminose B et justiciable d'un traitement massif par la nicotinamide (*per os* et aussi en injections), suffisamment prolongé pour éviter les rechutes. L. Golé.

Th. Lesney. — **Erythème polymorphe** (Erythema multiforme). *U. S. Nav. Medical Bulletin*, t. **44**, mai 1945, p. 968.

10 cas, tous au printemps et tous avec atteinte de la muqueuse buccale. Age moyen 22 ans; durée moyenne 11 jours. Cultures : saprophytes habituels.

Étude des diagnostics possibles. A. Touraine.

J. Gabrat. — **Erythème polymorphe symptomatique d'une primo-infection tuber. culeuse chez une jeune fille de 20 ans.** *Bulletin et Mémoires de la Société Médicale des hôpitaux de Paris*, 3e série, année **60**, 1944, nos 13-14, p. 184.

Observation d'une infirmière qui soumise aux examens trimestriels (radio et cuti négatives) présente un érythème polymorphe typique avec fièvre, arthralgies durant une semaine. La cuti est à ce moment fortement positive, phlycténulaire; une tomographie montre d'importants ganglions interbronchiques au niveau du pédicule droit. L'érythème polymorphe a été révélateur de la primo-infection.

H. Rabeau.

6f. — *Purpura.*

P. Harvier, R. Deuil, H. Griffon et P. Lebreton. — **Le syndrome hémogénique des soudeurs (purpura hémorragique aigu, récidivant et curable).** *Paris Médical*, année **36**, n° 10, 9 mars 1946, pp. 101-103.

Observation. — Homme de 35 ans, mécanicien soudeur, hospitalisé le 24 octobre 1945 pour des *gingivorragies* continues, apparues depuis la veille. Purpura généralisé des téguments sous forme de *pétéchies* et d'*ecchymoses. Hématuries. Melæna* accompagné de douleurs abdominales en barre et de nausées. Foie et rate de volume normal ; pas de ganglions. Aucun symptôme pulmonaire, cardiaque ou neurologique. Léger mouvement fébrile entre 37° et 38°. Tension artérielle : 10-6,5. Examen des fonds d'œil : importante *hémorragie juxta-papillaire* du côté gauche.

Examen du sang : globules rouges 5.090.000, hémoglobine 82 o/o, valeur globulaire 0,90 ; globules blancs 11.800, neutrophiles 60, éosinophiles 0,5, lymphocytes 10,5, grands lymphocytes 17,5, monocytes 10,5, plasmocytes 1. Plaquettes sanguines 60.000.

Myélogramme : polynucléaires neutrophiles 28 ; éosinophiles 3 ; métamyélocytes neutrophiles 8 ; myélocytes neutrophiles 26 ; myélocytes éosinophiles 2 ; promyélocyte 1 ; cellules souches 3 ; proérythroblaste 1 ; érythroblastes basophiles 2 ; polychromatophiles 8 ; acidophiles 2 ; lymphocytes 4 ; monocytes 5.

Temps de coagulation : 10 minutes ; caillot peu rétractile. *Temps de saignement* interminable. *Signe du lacet* positif. *Résistance capillaire* diminuée.

Le 20 octobre, cet ouvrier, soudeur depuis 8 ans, s'était livré à un travail inhabituel consistant à réparer un serpentin de cuivre par soudure autogène, au moyen d'un chalumeau oxyacétylénique, à l'intérieur d'un « tank », cuve cylindrique d'une longueur de 3 m. 25, d'un diamètre de 2 m. 05, d'une capacité totale de 15 mètres cubes, disposée horizontalement et ne présentant aucun orifice d'aération. Le travail fut effectué en 45 minutes, avec un débit du chalumeau de 1.000 litres-minute d'un mélange comportant un tiers d'acétylène pour deux tiers d'oxygène, dans une atmosphère confinée, saturée de vapeurs et très rapidement élevée à une température dépassant 50°. L'homme portait un masque muni d'un tuyau d'aération sans air comprimé, mais le masque fonctionnait imparfaitement.

Dès sa sortie de la cuve il ressentit une violente douleur occipitale et fut pris d'étourdissements suivis de sueurs abondantes. Fatigue, douleurs lombaires et abdominales. Le 3e jour apparition des hémorragies.

Ultérieurement l'affection évolua par poussées successives (3 poussées en un mois). Guérison au début de décembre.

Il s'agit en résumé d'un purpura hémorragique aigu d'origine toxique, ayant évolué par poussées et guéri en six semaines. Malgré la répétition des hémorragies, le malade n'a pas présenté d'abaissement notable du taux des hématies; peut-être l'anémie a-t-elle été masquée par une polyglobulie antérieure, anomalie fréquente chez les soudeurs.

Les déterminations expérimentales auxquelles se sont livrés les auteurs en vue de recueillir les gaz de combustion formés dans des conditions analogues leur ont permis de constater qu'il n'existait aucune trace de cuivre dans l'atmosphère, mais que les gaz de combustion étaient essentiellement constitués d'oxyde de carbone et de gaz carbonique. Cette observation montre le danger des travaux de soudure effectués dans les conditions spéciales où s'est trouvé le malade et la nécessité de s'assurer de l'efficacité des masques à alimentation extérieure d'air utilisés au cours des opérations de soudure.

LUCIEN PÉRIN.

C. CANNATA. — **Purpura vicariant prépubéral microstellaire, à siège périombilical** (Porpora vicariante prepuberale micro stellare a sede peri-ombellicale). *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, vol. **84**, fasc. 1, février 1943, pp. 61 à 87, 6 figures. Bibliographie.

L'A. étudie au point de vue clinique, hématologique et fonctionnel un cas de purpura chez une jeune fille de 14 ans non encore réglée. Il attire l'attention sur certaines particularités cliniques intéressantes, qui consistent dans l'apparition du purpura à la période prépubérale, par la localisation fixe symétrique, toujours régulière, concentrique à l'ombilic, des manifestations purpuriques, par l'extrême uniformité d'apparition, de morphologie et d'évolution des épisodes hémorragiques.

Se basant sur cette étude et sur les connaissances actuelles sur la question, et faisant la balance de ces diverses données, l'A. discute la nosographie et le mécanisme étiopathogénique du cas observé. Il conclut de cette discussion que sa malade présentait une diathèse hémorragique primitive prépubérale à type hémogénique vicariante des règles et ayant comme substratum étiopathogénique : 1° des altérations vasculaires et hématiques; 2° des troubles sympato-endocrines, notamment des ovaires; 3° un facteur toxique paraissant identifiable avec une substance histamino-simili d'origine intestinale ou ovarienne; 4° un facteur mécanique, en rapport avec l'hypertension portale; 5° un facteur constitutionnel hémorragipare; 6° probablement une perméabilité anormale des vaisseaux omphalo-mésentériques.

BELGODÈRE.

F. MOUTIER et A. CORNET. — **Hémorragies rectales et purpura.** *La Semaine des Hôpitaux*, année **22**, n° 22, 14 juin 1946, pp. 1028-1030.

On sait que purpura cutané et hémorragies digestives sont souvent associés. Mais un purpura digestif peut exister sans manifestations sur la peau. Chevallier et Moutier (*Le Sang*, 1936, pp. 396, 888) ont signalé l'existence d'un purpura chronique de l'estomac. Les A. décrivent ici, à l'occasion de 6 observations personnelles, un purpura du rectum, limité ou non à cette muqueuse, avec ou sans hémorragies.

A. TOURAINE.

Chr. BISSON et P. DAVID (Montréal). — **Purpura allergique simulant un « abdomen chirurgical ». Purpura d'Hénoch.** *L'Union Médicale du Canada*, t. **73**, n° 8, août 1944, pp. 881-884, 1 figure. Bibliographie.

A l'occasion d'un cas personnel, chez un garçon de 11 ans, avec fièvre, douleurs

épigastriquees très vives, tests négatifs à l'histamine, sang dans les selles, signe du lacet positif et purpura des membres inférieurs, discussion du diagnostic des purpuras et description particulière du purpura d'Hénoch.

A. TOURAINE.

S. DE SÈZE, P. ORDONNEAU et S. GODLEWSKI. — **Danger des solvants benzéniques employés par des artisans travaillant le cuir à domicile. Anémie et purpura d'évolution lente et finalement mortelle.** *Bulletin et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, t. **62**, n° 8-9-10-11-12. Séance du 1er mars 1946, pp. 146-149.

Observation d'une femme travaillant à domicile depuis plusieurs années pour une fabrique de chaussures, et employant journellement dans son travail une colle à la benzine, dans une petite chambre où elle vivait toute la journée et dormait la nuit.

Tableau clinique classique. Purpura avec anémie, leucopénie, sans granulopénie, érythroblastose médullaire (50 o/o).

Évolution mortelle, malgré un traitement anti-anémique très actif. Le sang contenait encore, après plus de trois semaines de séjour à l'hôpital, 0 mgr. 3 de benzène par litre.

F. COSTE.

A. MARCHAND. — **Contribution à l'étude des accidents de la vaccination associée, en particulier des accidents tétaniformes.** *Thèse*, Paris, 1945, n° 306, Jouve édit., 53 pages. Bibliographie.

L'injection de vaccin mixte, antidiphtérique, antitétanique, antitypho-paratyphoïdique, a déterminé dans le service du Professeur Arondel, à Nantes, deux cas d'accidents tétaniformes, un d'hémorragies intestinales et un de *purpura hémorragique* chez une fille de 11 ans, déjà atteinte de purpura à 7 ans, 5 jours après l'injection (cf. cas de L. Martin en 1928, de Poulain en 1939).

Sur 10.283 vaccinés à Nantes, en 10 semaines de 1944 : 2 urticaires.

A. TOURAINE.

J. SHRAGER et B. KEAN (Panama). — **Le purpura, complication du paludisme** (Purpura as a complication of malaria). *The American Journal of the Medical Sciences*, t. **212**, n° 1, juillet 1946, pp. 54-59. Bibliographie.

Sur 10.000 cas de paludisme dans la zone du canal de Panama, 10 cas de purpura dont 9 après quinine (6 de ces derniers avaient déjà pris antérieurement de la quinine à titre de traitement ou de prophylaxie). 4 de ces observations sont rapportées en détail.

Ces 10 cas se répartissaient également en formes thrombocytopéniques et non-thrombocytopéniques. Ils affectaient surtout la peau, le tube digestif, le tractus génito-urinaire. Dans les cas où la quinine ne pouvait être incriminée, son absorption n'a pas aggravé le purpura. Les A. pensent que, lorsque le purpura paraît dû à la quinine, il peut s'agir d'un phénomène allergique et non d'une manifestation toxique.

A. TOURAINE.

A. RAPPAPORT, C. NIXON et W. BARKER — **Purpura thrombocytopénique mortel par salicylate de soude** (Fatal thrombocytopenic purpura due to sodium salicylate). *Journal of Laboratory and Clinical Medicine*, t. **30**, novembre 1945, p. 316.

Un nègre de 35 ans absorbe 171 grammes de salicylate de soude en 33 jours, sans incidents. Après 15 jours de repos, il est remis à cette médication et, 9 jours plus tard, présente un purpura thrombocytopénique caractéristique. La splénectomie reste sans résultats. Dans la rate, aspect métaplasique des mégacaryocytes.

A. TOURAINE.

E. Redslob et A. Brunner. — **Hémorragies rétiniennes dans le purpura sénile et glaucome sans hypertension.** *Annales d'Oculistique*, t. **179**, n° 2, février 1946, pp. 63-70.

Chez une femme de 74 ans, purpura sénilis de Bateman avec hémorragies récidivantes de la rétine, au voisinage de la papille, excavation de celle-ci du type glaucomateux, atrophie du nerf optique. Une diminution des éléments élastiques des tissus paraît le lien commun aux lésions vasculaires de la peau et à celles de la rétine.

A. Touraine.

J. Perdrizet. — **Le purpura mercuriel.** *Thèse*, Paris, 1944, n° 7, Jouve édit., 64 pages. Bibliographie.

Chez un homme de 53 ans, après une seule application d'onguent gris [dose, durée ?] purpura des extrémités, avec phlyctènes, érythème et œdème de la région génitale [pas d'étude de la coagulation].

Rappel des observations similaires de Rambaut (3 cas), de Saint-Germain (après pilules), Guibert (frictions), Fournier (liqueur de van Swieten), Valerio (injections de cyanure), Gougerot (injections de cyanure dans un cas, d'huile grise dans un autre), Canuyt (cyanure).

Le purpura ne se voit que dans l'intoxication mercurielle subaiguë, thérapeutique. Il est tantôt simple, tantôt hémorragique, pur ou associé à d'autres signes d'intoxication mercurielle. Généralement bénin, il a pu cependant être mortel.

A. Touraine.

P. Soulié, Y. Bouvrain et P. Chiche. — **Purpura après absorption de 12 grammes de sulfaméthyldiazine chez un sujet présentant un abcès du poumon.** *La Semaine des Hôpitaux*, année **22**, n° 24, 28 juin 1946, pp. 1120-1122.

♀, 47 ans, abcès de la partie moyenne du poumon gauche, température vers 38° ; première prise de 62 grammes du médicament du 10 au 25 juin, puis 3 grammes par jour de soludagénan ; le 27 juin, absorption de 12 grammes de sulfaméthyldiazine ; le 28, purpura à grands éléments sur les membres et aussi le tronc et la face, avec œdème, sans hémorragies ; plaquettes 345.000, T. S. 1'5, T. C. 3', lacet négatif ; mort par hémoptysie le 3 juillet; larges hémorragies pulmonaires.

Rappel d'une observation comparable de Périn (*Paris Médical*, 10 novembre 1944) après arsénobenzol et 9 grammes de sulfathiazol, avec pachyméningite hémorragique.

Discussion du mécanisme du purpura dans ce cas. A. Touraine.

J. Marie, Ph. Seringe, M. Cousin et S. Julien Marie. — **Le purpura gangréneux méningococcique.** *La Semaine des Hôpitaux*, année **22**, n° 8, 28 février 1946, pp. 326-338, 16 figures. Bibliographie.

Important travail d'ensemble d'après 3 observations personnelles chez des enfants de 6 mois à 3 ans et 2 autres de Mlle Blanchier et de Poinso. Étude détaillée des lésions histologiques de la peau. Description des manifestations cliniques (richesse, diffusion et variété des éléments), hématologiques (leucocytose avec polynucléose, allongement inconstant du temps de saignement et de coagulation). Isolement d'un méningocoque B par hémoculture dans un cas. Efficacité des sulfamides et du sérum antiméningococcique. A. Touraine.

A. Corcos (Tunis). — **Considérations sur les méningites observées ces dernières années à Tunis.** *L'Algérie médicale*, 1946, n° 1, janvier-février, pp. 8-22.

Seules, les méningites aiguës intéressent la dermatologie car « elles sont dominées par la notion de *purpura* ».

Exposé d'observations :

1° de *formes septicémiques pures* : enfant de 5 ans, fièvre et convulsions, grandes ecchymoses sur l'abdomen, mort en 24 heures, liquide céphalo-rachidien louche, à méningocoques;

2° de *septicémies foudroyantes avec purpura* : ♀, 4 ans; vomissements, coma, pas de signes méningés, léger purpura des jambes;

3° de *formes avec purpura symptôme majeur* : ♀, 11 ans; vomissements, grand purpura; pénicilline, mort avec ptosis et crise convulsive, liquide céphalo-rachidien clair;

4° des *septicémies avec réaction méningée et purpura* : ♂, 14 ans, fièvre à 40°, raideur de la nuque, purpura, liquide céphalo-rachidien sanglant, sans germes mais très albumineux; mort en 42 heures;

5° des *formes à localisations atypiques*, ♂, 3 ans, conjonctivite, purpura, hostilité, liquide céphalo-rachidien à polynucléaires, mort;

6° des *formes curables de purpura suraigu* : ♂, 5 ans, début brutal, vomissements, fièvre, purpura, guérison par le dagénan en 10 jours.

A. TOURAINE.

6g. — Urticaire.

P. CHEVALIER et F. MOUTIER. — **Urticaire aiguë avec éruption intra-gastrique.** *Arch. des Mal. App. Digestif et Mal. de la Nutrition*, t. **32**, nos 3 et 4, mars-avril 1945, p. 95.

Chez une jeune femme atteinte d'une urticaire aiguë fébrile, terminée par une sorte d'abcès de fixation spontané, la gastroscopie a montré des macules de 5 à 15 millimètres de large, d'un blanc de porcelaine, siégeant dans la région sous-cardiaque, avec quelques éléments purpuriques sur le reste de la muqueuse.

C'est la première fois que les auteurs font de telles constatations, alors qu'ils ont déjà gastroscopé 50 urticariens. R. DUPERRAT.

Maurice LOEPER. — **De l'urticaire à l'ulcus gastrique.** *Bulletin de l'Académie de Médecine*, année **110**, 3e série, t. **130**, nos 3, 4, 5. Séance du 5 février 1945, pp. 81-84. Bibliographie.

L'urticaire et l'ulcus gastrique n'ont en apparence rien de commun; leur rapprochement est cependant justifié pour l'auteur par leur coexistence fréquente chez le même sujet.

Comme l'urticaire l'ulcus gastrique peut relever dans certains cas de réactions allergiques rappelant le phénomène d'Arthus. Ces réactions peuvent résulter d'une sensibilisation directe de la muqueuse gastrique consécutive à l'ingestion de certains aliments; parmi ces derniers le premier rang revient au poisson, d'autres aliments tels que la viande, les moules, les huîtres, les œufs, les graisses, etc., sont également parfois en cause. Elles peuvent résulter d'un processus général consécutif à une injection de sérum par voie hypodermique (sérum antitétanique), sérum antidiphtérique, sérum antipneumococcique, sérum antigangréneux, etc.).

L'ulcus est en pareil cas le terme final de sommations successives allant de l'œdème, véritable « urticaire gastrique », à la phlyctène, à la lésion hémorragique, au purpura, au suintement, et finalement à la perte de substance. Dans la genèse de ces réactions l'histamine joue un rôle important, qu'il s'agisse de l'inoculation locale d'un aliment histaminogène ou d'une décharge générale d'histamine provoquée par l'injection de sérum.

L'auteur apporte toute une série d'observations et de faits plaidant en faveur de cette théorie. La pathogénie qu'il invoque ne s'applique peut-être pas à tous les ulcus mais elle semble valable pour certains d'entre eux. Il en tire des déductions thérapeutiques nouvelles en ce qui concerne l'ulcus gastrique et préconise dans le traitement de ce dernier, outre les pansements protecteurs habituels de la muqueuse, la peptone, la pepsine ou l'hémostyl, désensibilisants locaux, l'atropine, antisécrétoire et mucorrhéique, les injections intramusculaires de lait, de novoprotides, d'histidine, d'extraits de muqueuse gastrique, désensibilisants généraux, les antihistaminiques de synthèse, etc. LUCIEN PÉRIN.

N. Fiessinger et A. Gajalos. — **L'hyperergie cutanée histaminique dans l'urticaire.** *La Presse Médicale*, année **53**, n° 1, 6 janvier 1945, p. 1.

L'unanimité des opinions se fait sur le rôle de l'histamine dans le déterminisme de l'urticaire. Manière de voir soutenue par F. et G. en 1935. Deux preuves : 1° L'action extinctive des substances dites antihistaminiques (surtout 2.339 R. P.); 2° l'histaminémie élevée dans l'urticaire. Mais la médication antihistaminique guérit la poussée d'urticaire, elle ne guérit pas la maladie urticarienne. L'urticaire constitue l'expression cutanée d'une histaminémie anormale, et peut être attribuée à une hyperergie cutanée histaminique acquise (part du terrain). C'est donc moins la neutralisation passagère de l'histamine que la disparition du mode réactionnel de la peau et du malade à l'égard de l'histamine. Il s'agit de « vacciner » en quelque sorte le sujet contre l'histamine. Les cuti-réactions à condition qu'elles soient nombreuses, l'ionisation à l'histamine qui permet d'obtenir de larges surfaces réactionnelles permettent de rapprocher du but à atteindre. H. Rabeau.

P. Durand (De Courville). — **Œdème de Quincke et primevère du Japon.** *Société médico-chirurgicale des Hôpitaux libres.* Archives hospitalières, année **17**, septembre 1945, nos 17-18, pp. 283-285.

Observation d'une femme atteinte depuis plusieurs semaines d'œdème de Quincke localisé plus particulièrement aux paupières supérieure et inférieure gauches, accompagné de douleurs et de poussées urticariennes des mains et des poignets.

L'examen général ne montrait aucune cause susceptible d'expliquer ces phénomènes, mais simplement une instabilité du système neuro-végétatif, dermographisme, hypersensibilité au froid, etc., témoignant d'une réceptivité particulière du sujet à une cause déterminante ignorée.

Les thérapeutiques de désensibilisation générale étant demeurées sans effet, l'attention de l'auteur fut attirée par un pot de primevère du Japon, que la malade avait reçue la veille du jour où l'œdème de Quincke était apparu, et à laquelle elle consacrait depuis tous ses soins. La relégation de cette plante dans une pièce voisine suffit à faire disparaître les lésions et la guérison survint spontanément en quelques jours. Il suffit à la malade de reprendre contact avec la plante pour qu'une nouvelle poussée se produisît le soir même.

Le tamponnement expérimentalement provoqué du poignet de la malade avec une des fleurs de primevère détermina une plaque d'urticaire locale, prouvant d'une manière évidente l'action exercée par la plante dans la production de ces phénomènes. Lucien Périn.

J. Black. — **Traitement de l'urticaire par la vitamine K synthétique** (Treatment of urticaria with synthetic vitamin K). *Journal of Allergy*, t. **16**, mars 1945, p. 83.

156 malades d'urticaire chronique (de 1 mois à 20 ans) ont absorbé 3 fois par jour 2 milligrammes de 2-méthyl-1, 4-naphtoquinone (identique à la vitamine K). 62 o/o des cas ont guéri en 1 à 4 semaines de traitement (parfois en 2 jours); récidives chez les autres, mais guérison définitive après une deuxième cure.

Sur 119 cas, le temps de coagulation était normal 41 fois et allongé 78 fois. La guérison a été obtenue chez 78 o/o des sujets à coagulation retardée et seulement chez 32,5 de ceux à coagulation normale. A. Touraine.

X... — **La vitamine K dans l'urticaire** (Vitamin K in Urticaria). *British medical Journal*, n° 4415, 18 août 1945, p. 224.

Sur 156 cas d'urticaire chronique, dont 65 o/o avec diminution de la prothrombine, Black (*Journ. of Allergy*, t. **16**, 1945, p. 83) a obtenu une guérison dans 60 o/o des cas en donnant, avant chacun des trois repas, 2 milligrammes de vita-

mine K (menaphtone BP) pendant 1 à 4 semaines. Rechute dans un tiers des cas, guérie par une nouvelle cure. Les meilleurs résultats ont été enregistrés dans les cas où la coagulation était le plus retardée. A. TOURAINE.

A. C. CURTIS et B. B. OWENS. — **Benadryl dans le traitement de l'urticaire** (Beta Dimethylaminoethyl benazhydryl ether hydrochloride). *Arch. of Derm. and Syph.*, t. **52**, octobre 1945, p. 239.

Ce produit est un nouvel antihistaminique que les auteurs employèrent chez 18 malades atteints d'urticaire aiguë ou chronique à la dose de 50 à 100 milligrammes *per os*, une à cinq fois par jour. Chez 11 d'entre eux, guérison aussi longtemps que le médicament était administré. Guérison presque définitive chez trois malades (absence de prurit). Échecs dans 4 cas. Produit peu toxique : somnolence et douleurs musculaires dans 2 cas, faiblesse et vertiges (1 cas). Pas de signes d'intoxication même après usage continu pendant six et sept mois. Action uniquement palliative et reprise chez plusieurs malades dès que la médication est interrompue. Cette action d'un antihistaminique dans l'urticaire semble prouver que l'histamine est un des facteurs de cette maladie. L. GOLÉ.

L. W. SHAFFER, L. CARRICK et H. S. ZACKHEIM. — **Le Benadryl dans l'urticaire et dans certaines dermatoses** (Use of Benadryl for urticaria and related Dermatoses). *Arch. of Derm. and Syph.*, t. **52**, octobre 1945, p. 243.

Les auteurs rapportent 8 cas d'urticaire dont 7 furent rapidement guéris par le benadryl. Sédation rapide du prurit dans les formes aiguës et dans les formes chroniques, amélioration notable permettant d'attendre le résultat des investigations étiologiques. Ce produit, contrairement à l'épiphédrine ou à l'éphédrine, n'a aucune action néfaste sur l'organisme, en particulier sur la tension artérielle, et possède dans certains cas une action sédative.

Les A. ont également employé le benadryl dans 2 cas de névrodermite, et un cas d'eczéma dyshidrosique, avec des résultats intéressants ; mais son action dans un cas d'eczéma sec et de lichen chronique urticatus (?) n'est pas démontrée.

L. GOLÉ.

6b. — *Eczéma.*

H. GOODMAN (New-York). — **Eczéma des mains** (Eczema of the hands). *The Urologic and Cutaneous Review*, vol. **50**, n° 1, janvier 1946, pp. 62-66.

En 20 ans, G. a vu plus de 100 femmes présentant ce syndrome tenace du dos des mains et des doigts que, faute de mieux, on appelle eczéma et qu'un humoriste pourrait désigner sous le nom de « mal mystérieux des mains ». Le terme d'eczéma ne fait que masquer notre ignorance de sa cause et l'auteur élimine successivement toutes les origines qui ont été invoquées. Les rechutes sont la règle. L'anatomie pathologique n'éclaire pas le problème. Pratiquement, le seul traitement qui soulage mais ne guérit pas est le poudrage avec des poudres chimiquement inertes (talc). A. TOURAINE.

L. GOUGEROT. — **Impédance cutanée chez les eczémateux mesurée en courant alternatif de basse fréquence**. *Bul. et Mém. de la Société Médicale des Hôp. de Paris*, n° 32-35, 30 novembre 1945, p. 428.

Dans l'impédance du corps humain aux courants de basse fréquence, la plus grande partie de la résistance électrique est en rapport avec l'intégrité de l'épiderme. Dans l'*eczéma* la baisse de l'angle de phase et de la résistance propre de la peau sont en rapport avec la « perméabilité » exagérée de l'épiderme de ces malades. GEORGES GARNIER.

S. W. Smith. — **L'eczéma autolytique** (Eczema autolytica). *British medical Journal*, n° 4400, 5 mai 1945, pp. 628-629, pas de bibliographie.

Sous ce nom, S. désigne les éruptions secondes caractérisées par de l'érythème, du prurit, de l'œdème et de la vésiculation qui surviennent toujours chez des sujets porteurs, de longue date, d'une dermatite ou d'une ulcération (variqueuse ou non) d'une jambe ou d'une cheville.

Cette affection, plus fréquente depuis la guerre survient généralement chez des femmes, vers la cinquantaine et surtout lorsque le foyer initial a été négligé ou mal soigné (pansement sec non absorbant ou trop serré ou imperméable, badigeonnages avec un dérivé de l'aniline ou du nitrate d'argent, poudre, etc...). L'éruption débute sur les avant-bras puis s'étend progressivement sur le cou, la face, le tronc de haut en bas. Elle n'est ni microbienne ni mycosique mais due à la résorption de produits toxiques au niveau du foyer initial. Un traitement judicieux de celui-ci est donc le meilleur moyen de prophylaxie et de guérison. Une prédisposition constitutionnelle paraît jouer un rôle important. Les sédatifs nervins, l'auto-hémothérapie, le régime lacto-végétarien déchloruré, l'acide chlorhydrique dilué et le sulfate de magnésie seront indiqués. A. Touraine.

G. de Forest et L. Kerr (Yale). — **Un cas d'eczéma origine d'une épidémie à streptocoques** (A case of eczema as a source of a streptococcal epidemic). *The American Journal of the medical Sciences*, vol. **209**, n° 6, juin 1945, pp. 752-758. Très courte bibliographie.

A la suite de l'entrée dans un service d'hôpital d'un garçon de 2 ans atteint d'eczéma streptococcique généralisé, datant de 16 mois, 37 des 74 élèves infirmières de ce service furent atteintes en 3 mois de diverses affections streptococciques : angines, scarlatine, infections cutanées et même otite, ostéomyélite. Il s'agissait, chez l'enfant, d'un streptocoque hémolytique.

A. Touraine.

E. A. Simakova. — **Modifications du sang au cours de l'eczéma** (Izmeneniia krovi pri ekzeme). *Travaux de l'Institut des Recherches scientifiques de Dermato-Vénéréologie du district de Koubichev* t. **1**, 1941, pp. 59-63.

L'auteur constate une légère anémie, une légère hyperleucocytose avec lymphocytose, éosinophilie ou monocytose, jamais de polynucléose. La sédimentation des hématies est accélérée principalement dans les formes aiguës.

P. de Graciansky.

J. A. Volk. — **L'équilibre acido-basique au cours de l'eczéma** (Itchelotchno-Kislotnoé Ravnovessié pri ekzeme). *Travaux de l'Institut de Recherches scientifiques de Dermato-Vénéréologie du district de Koubichev* vol. **1**, 1941, pp. 27 à 38, 9 tableaux.

Après une brève revue générale, exposé de recherches personnelles portant sur 21 témoins, 15 dermatoses diverses, 49 eczémas.

La réserve alcaline (Van Slyke) est abaissée dans 24 cas, élevée dans 2, normale dans 23 sans que ces modifications aient de valeur pronostique. L'abaissement de la R. A. est surtout observée dans les formes généralisées et suintantes. Il n'y a pas de rapport entre R. A., état neurovégétatif, acidité gastrique. Des thérapeutiques (autohémothérapie, chlorure de calcium, bicarbonate de soude) certaines agissent sur le *p*H urinaire mais non sur la R. A. et leur mode d'action est indépendant des modifications de l'équilibre acido-basique. Les constantes du sang ne correspondent pas nécessairement à celles de la peau qui comme les autres tissus jouit vraisemblablement d'une certaine autonomie.

P. de Graciansky.

O. V. Petrova. — **Sur la teneur en chlorures du sang, de l'urine et de la peau au cours de l'eczéma** (O Sodergeanii chloridov 'v krovi motche i Koge pri ekzeme). *Travaux de l'Institut de Recherches scientifiques de Dermato-Vénéréologie du district de Koubicher*, vol. **3**, 1941, pp. 49-58, 2 tableaux.

100 eczémateux, 22 sujets normaux, 10 sujets atteints de dermatoses diverses ont fait l'objet de 223 dosages de chlorémie par la microméthode de Levinson. La chlorémie et la chlorurie sont normales dans 86 o/o des cas, une rétention chlorée est notée dans 7 o/o des cas, la chlorurie est augmentée dans 4 o/o des cas, la teneur en chlore est augmentée dans l'urine et le sérum dans 3 o/o des cas. Le chlorure de sodium introduit *per os* n'est pas retenu. Le taux des chlorures de la peau est constamment élevé chez les eczémateux aussi bien au niveau des lésions qu'en peau apparemment saine. Nombreux témoins. Détails du dosage.

P. de Graciansky.

M. V. Koubarev et A. V. Karpov. — **Le cholestérol du sang au cours de l'eczéma** (Kholesterin Krovi pri ekzeme). *Travaux de l'Institut de Recherches scientifiques de Dermato-Vénéréologie du district de Koubicher*, vol. **1**, 1941, pp. 39-42.

Courte revue de la cholestérolémie dans les dermatoses. Recherches personnelles portant sur 90 eczémas et 20 témoins. La cholestérolémie est normale dans 97 o/o des cas.

Une amélioration des symptômes s'accompagne d'une élévation habituellement légère de la cholestérolémie dans 58 o/o des cas. De toutes façons, les oscillations de la cholestérolémie ne semblent pas faire partie des éléments étiologiques de l'eczéma.

P. de Graciansky.

O. B. Petrova. — **Contribution à la question de la teneur du sang en calcium et en potassium au cours de l'eczéma** (K voprosson o sodergeanii Kaltsiia u Kaliia b Krovi pri ekzeme). *Travaux de l'Institut de Recherches scientifiques de Dermato-Vénéréologie du district de Koubicher*, vol. **1**, 1941, pp. 43-48, 1 tableau.

Intérêt de l'étude de ces cations qui conditionnent l'équilibre neuro-végétatif et dont l'un d'eux, le calcium, compte des succès dans la thérapeutique de l'eczéma chez les sujets vagotoniques. La calcémie comme la kaliémie sont dans des limites normales mais le rapport $\frac{Ca}{K}$ est légèrement abaissé dans 27 cas sur 40.

P. de Graciansky.

Pr A. S. Zénine. — **Sur les échanges hydrocarbonés au cours de l'eczéma** (Ob. Ouglevodnom obmene pri ekzeme). *Travaux de l'Institut de Recherches scientifiques de Dermato-Vénéréologie du district de Koubicher*, vol. **1**, 1941, pp. 24-26, 2 tableaux, 4 courbes.

Après une brève revue générale de la question, résultat des recherches personnelles portant sur 360 dosages pratiqués sur 57 cas, comparés à 15 témoins. Hyperglycémie dans 8,7 o/o des cas. Glycémie normale dans 91,5 o/o. Aucune relation entre la glycémie et l'évolution de l'eczéma. Aucune altération de l'épreuve d'hyperglycémie provoquée. L'auteur conclut à l'absence de lien entre l'eczéma et le métabolisme hydrocarboné.

P. de Graciansky.

G. Edgren (Upsal). — **Pronostic et conditions héréditaires dans l'eczéma infantile** (Prognose und Erblichkeitsmomente bei Eczema infantum). *Acta Paediatrica*, t. **30**, 2e supplément, 1943, 204 pages, 33 tableaux. Bibliographie.

De ce volumineux mémoire, impossible à analyser par le menu, tant y abondent les documents, résumons les conclusions, renvoyant pour les détails à l'article original.

Une revue de la littérature montre la pauvreté de nos notions sur le pronostic de

l'eczéma infantile, sur les risques auxquels il expose tout le long de la vie, sur le rôle de l'hérédité, sur celui de l'allaitement artificiel.

Pour établir la mortalité ultérieure de ces malades, 311 cas d'eczéma et 314 cas de contrôle ont été suivis en clinique ou en ville pendant 17 à 38 ans (moyenne : 24 ans). Pour fixer la morbidité qui résultait de l'eczéma et des autres affections allergiques (asthme, rhume des foins, strophulus, urticaire, œdème angioneurotique) on n'a tenu compte que des sujets qui ont dépassé l'âge de la puberté.

Hérédité. — Les manifestations allergiques sont plus fréquentes dans les fratries d'eczémateux (18,4 o/o) que chez les témoins (11,6 o/o); la différence s'accroît (13,4 + 4,0 o/o) si l'on n'envisage que des manifestations graves. Chez les parents l'allergie se retrouve dans 16,7 o/o pour les eczémateux, dans 7,3 o/o pour les témoins. Le rôle du milieu péristasique est important (classe sociale, alimentation, etc.). L'hérédité peut être dominante ou récessive en monohybridisme; son action est certainement de grande valeur.

Étiologie. — L'eczéma infantile est plus fréquent chez les garçons que chez les filles, encore qu'on ne possède pas de statistiques étendues sur ce sujet. On remarquera que l'allaitement artificiel ne favorise pas particulièrement le développement de l'eczéma et l'on trouve autant d'enfants nourris au sein parmi les eczémateux que parmi les témoins; le début de l'eczéma se fait sensiblement au même âge si l'enfant est nourri au sein ou au biberon; l'âge moyen de ce début est de 5 mois (avant 3 mois et demi dans un quart des cas).

Pronostic. — Dans son ensemble il est beaucoup plus médiocre qu'il n'est admis généralement. 21 o/o de ces eczémateux (2 o/o chez les témoins) ont continué à présenter des manifestations allergiques durant tout le temps de l'observation ou n'ont connu de périodes de calme que de moins de 2 ans. 42 o/o (10 o/o chez les témoins) ont souffert ultérieurement de ces manifestations de manière irrégulière, épisodique. 37 o/o (88 o/o chez les témoins) ont pu être considérés comme guéris de manière stable. Ceux de ces eczémateux qui ont atteint ou dépassé l'âge de 25 ans, ont montré à cet âge des manifestations de l'état d'allergie dans 39 o/o (7 o/o chez les témoins).

50 o/o des eczémateux infantiles ont montré, plus tard, des troubles allergiques autres que l'eczéma (asthme, rhume des foins, strophulus, urticaire, œdème de Quincke) (10 o/o chez les témoins); un tiers d'entre eux réunissaient simultanément ou successivement deux ou plusieurs de ces manifestations; la fréquence respective de celles-ci a été de 27 o/o pour l'urticaire (6 o/o chez les témoins), 23 o/o pour l'asthme (2 o/o chez les témoins), 10 o/o pour le rhume des foins (2 o/o), 5 o/o pour le strophulus (2 o/o), 4 o/o pour l'œdème angioneurotique (1 o/o). Il existe donc une corrélation positive entre ces divers troubles.

L'eczéma infantile comporte, par conséquent, une tendance aux diverses affections allergiques. Si un eczémateux présente l'une de ces affections, le risque d'une ou de plusieurs autres de ces affections est plus grand pour lui que pour un non eczémateux. Il existe une prédisposition générale commune aux manifestations allergiques.

L'âge auquel guérit l'eczéma infantile est en moyenne de 2 ans (15 mois dans un quart des cas, 40 mois dans un autre quart). La durée totale de la poussée d'eczéma infantile est donc en moyenne de 18 mois (moins de 6 mois dans un quart des cas, plus de 3 ans dans un autre quart). Les récidives d'eczéma s'observent dans 20 o/o des cas, mais jamais plus d'une fois. 18 o/o des eczémateux ont, plus tard, un prurigo de Besnier.

Dans l'ensemble, le pronostic est d'autant plus réservé que l'eczéma a été plus

précoce ou plus étendu ou plus grave et que les parents ont été eux-mêmes des allergiques; il en est de même pour la fréquence d'un prurigo de Besnier ultérieur, pour la fréquence et la durée des récidives. Les risques d'asthme sont plus grands chez les garçons que chez les filles, surtout si l'eczéma a été précoce, grave, long ou récidivant.

La mortalité est très sensiblement la même chez les eczémateux que chez les témoins. Il n'existe aucun cas, parmi ceux d'Edgren, dont la mort puisse être rapportée à l'eczéma. A. Touraine.

J. M. Auclair, H. David et F. Poulain. — **Contribution à l'étude du traitement de l'eczéma des nourrissons.** *Société médico-chirurgicale des Hôpitaux libres.* Archives hospitalières, année **17**, septembre 1945, nos 17-18, pp. 281-282.

Partant de la notion que l'eczéma des sujets ayant atteint la ménopause est souvent amélioré ou guéri par la folliculine, les auteurs ont tenté le même traitement sur l'eczéma des nourrissons.

Leur expérimentation porte sur plus de trente nourrissons atteints d'eczéma primitif de la face ayant débuté vers le troisième mois. Chez les enfants nourris artificiellement le traitement a consisté à incorporer à chaque biberon cinq gouttes de Gynœstryl pendant 8 à 10 jours; il a été complété localement par l'application d'une pommade contenant mille unités de folliculine par gramme de vaseline ou de lanoline. Chez les enfants nourris au sein, le traitement a consisté à faire absorber la folliculine par la mère sous forme de dihydrofolliculine, de benzoate d'Œstradiol ou de Stilbœstrol. Les résultats obtenus ont été des plus satisfaisants. La guérison s'est produite généralement en 8 ou 15 jours; il y a eu lieu toutefois de continuer dans certains cas le traitement pendant 3 semaines. Aucune complication n'a été observée au cours de ce traitement. L'alimentation de l'enfant a pu être continuée et augmentée sans inconvénient.

Les extraits ovariens par contre sont demeurés sans action.

Lucien Périn.

6j. — *Psoriasis.*

J. Swarts. — **Relations possibles du psoriasis avec le Streptococcus fæcalis** (Possible inter-relationship of psoriasis and Streptococcus fæcalis). *New England Journal of Medicine*, 6 septembre 1945.

D'après l'étude de deux cas, S. pense à l'existence de ces relations. Il a existé une sensibilité marquée vis-à-vis des injections intradermiques d'auto-vaccin en Streptococcus fæcalis; des éléments de psoriasis sont apparus au lieu de l'injection et l'éruption antérieure s'est aggravée. A doses appropriées l'auteur a obtenu par ce vaccin une amélioration du psoriasis. De plus, on ne trouvait pas de Streptococcus fæcalis dans les selles de sujets indemnes de psoriasis.

A. Touraine.

E. Lipman Cohen. — **Psoriasis et couleur des yeux** (Psoriasis and eye colour). *British Journal of Dermatology and Syphilis*, vol. **55**, mai 1943, p. 131.

Ryle (1932, 1936) a pensé que les sujets à yeux bleus ou gris étaient particulièrement sujets au psoriasis. D'après l'auteur, sur 60 psoriasiques, 25 avaient des yeux bleus ou gris; mais, sur 60 galeux, 30 les avaient aussi.

A. Touraine.

Fr. Françon (Aix-les-Bains). — **Rhumatisme chronique psoriasique.** *Journal de Médecine et de Chirurgie pratique*, t. **116**, octobre 1945, pp. 162-176.

Importante revue générale sur la question. Rappel historique, étude des conditions étiologiques et des modalités d'association du rhumatisme et du psoriasis.

La forme la plus fréquente est celle d'un *rhumatisme progressif infectieux*, évo-

luant par poussées pauci ou multiarticulaires et passant successivement par les phases d'arthro-synovite, de lésions ostéo-chondro-articulaires, de déformations et subluxations, le tout compatible avec une bonne santé générale et une certaine longévité.

On connaît d'autres formes : *oligo ou monoarthrites infectieuses* subaiguës ou chroniques surtout aux doigts, au genou, à l'épaule, à la cheville, évoluant souvent vers l'ankylose fibreuse,

hydarthroses, uni ou pluriarticulaires,

rhumatisme chronique fibreux avec périarthrite fibreuse et sclérose des muscles et des tendons,

arthralgies.

Plus rares sont les névralgies, les myalgies, la polyarthrite aiguë fébrile de Weissenbach, la spondylite ankylosante, le rhumatisme chronique xanthomateux de Weissenbach.

Les réactions allergiques de ces rhumatismes sont celles de la tuberculose : cuti et intradermo-réactions à la tuberculine très positives; forte réaction locale, articulaire et générale par injection sous-cutanée de tuberculine.

Les relations entre les manifestations cutanées et articulaires du psoriasis restent encore obscures. Peut-être s'agit-il d'une allergie qui sensibiliserait la peau et les jointures vis-à-vis de divers réactogènes, dont le bacille de Koch.

A. Touraine.

Cl. Huriez et J. Leborgne (de Lille). — **Psoriasis et vitamine D.** *Paris Médical*, année **36**, n° 5, 7 février 1946, pp. 53-56.

La fréquence accrue du psoriasis pendant les années de guerre et la coïncidence de ce fait avec le déséquilibre phospho-calcique qui a caractérisé les régimes alimentaires dans cette même période ont incité les auteurs à essayer la cure vitamino-calcique dans le traitement de cette dermatose.

Étudiant la formule humorale de 21 sujets atteints de psoriasis et non encore traités, ils ont constaté chez eux un abaissement habituel de la *calcémie* (moins de 90 milligrammes dans 8 cas, 94 à 110 milligrammes dans 9 cas, 112 à 128 milligrammes dans 3 cas), une augmentation fréquente du taux de *phosphore minéral* (45 à 59 milligrammes dans 5 cas, 32 à 39 milligrammes dans 10 cas, 26 à 28 milligrammes seulement dans 3 cas) ainsi que des *phosphatases* (102 à 559 milligrammes dans 8 cas, 36 à 94 milligrammes dans 9 cas, 8 à 26 milligrammes seulement dans 2 cas), une diminution habituelle du *cholestérol* (1 gr. 15 à 1 gr. 80 dans 17 cas, 2 gr. 10 à 2 gr. 70 dans 2 cas), enfin une augmentation des *protides totaux* portant sur la fraction sérum albumine par opposition à la fraction sérum globuline normale ou abaissée; cette hyperprotidémie, oscillant entre 80 et 120 grammes par litre, mérite d'autant plus d'être signalée qu'elle s'est manifestée à une période de restriction carnée où l'hypoprotidémie était la règle.

40 sujets atteints de psoriasis ont été soumis à une cure buccale de vitamine D en solution alcoolique, prise le matin à jeun à la dose de 15 milligrammes renouvelée tous les 3 jours jusqu'à un total de douze à quinze ampoules. L'association de calcium en injections intraveineuses ou par ingestion n'a pas semblé renforcer l'efficacité du traitement.

Sur ces 40 malades, 28 ont été guéris ou sensiblement améliorés de leurs lésions dans un délai de six semaines à deux mois. Chez 10 d'entre eux, le blanchiment définitif n'a été obtenu que par l'adjonction d'un topique local. Au contraire 12 malades ont vu leurs lésions demeurer stationnaires et résister désespérément tant au traitement général qu'aux différents topiques essayés. Un cas d'érythrodermie psoriasique est demeuré sans changement.

Il est intéressant de constater que sur 3 cas de complications arthropathiques ayant accompagné la dermatose, 2 ont été guéris en même temps que disparaissaient les lésions cutanées.

La formule humorale des malades a été diversement influencée par le traitement. La *calcémie* s'est relevée d'une manière irrégulière au voisinage des chiffres normaux. Le taux de *cholestérol* a été selon les cas augmenté ou diminué. Le taux des *protides totaux* a été lui aussi l'objet de variations dans les deux sens, bien que la fraction sérum albumine ait eu une tendance assez régulière à s'élever. Quel que soit l'intérêt de ces constatations, on ne saurait en tirer pour l'instant de conclusions précises en ce qui concerne la pathogénie du psoriasis.

Lucien Périn.

L. Justin-Bezançon et Claude Laroche. — **Psoriasis et tétanie parathyréoprive**. *Bulletin et Mémoires de la Société Médicale des hôpitaux de Paris*, 3e série, année **60**, 1944, nos 25 à 40, p. 343.

Chez un homme de 41 ans atteint de tétanie parathyéoprive survient une poussée de psoriasis d'une extrême intensité qui a régressé par le traitement calcique en même temps que les phénomènes tétaniques. Par la suite le psoriasis a suivi une évolution parallèle à la calcémie et surtout aux troubles tétaniques.

H. Rabeau.

J. M. Borda (Buenos-Aires). — **Sur la pathogénie du psoriasis** (Sobre patogenia de la psoriasis). Conférence à l'Institut de perfectionnement médico-chirurgical. Monographie de 17 pages, Caporalette-Hnos édit., Buenos-Aires, 1944.

Après avoir examiné et rejeté les théories habituelles du psoriasis, B. tend à admettre l'origine allergique de nombreux cas de cette affection. Il relève les cas de psoriasis apparu après diverses infections : amibiase (1 obs.), infection focale telle qu'amygdalite (1 obs.), épidermophytie (Jausion), tuberculose (1 obs.). Il signale l'influence des chocs psychiques (1 obs.), l'alternance avec d'autres manifestations allergiques (intolérance cutanée dans 2 obs., choc sérique dans 1 obs.). C'est dans cette direction que devrait être orienté le traitement du psoriasis.

A. Touraine.

J. Golay et F. Wyss-Chodat. — **De la présence fréquente d'un champignon du genre Geotrichum (Link) dans l'intestin des psoriasiques.** *Revue médicale de la Suisse romande*, année **72**, no 12, 25 décembre 1942, pp. 961-968, 3 figures. Bibliographie.

Dans les selles de 15 psoriasiques sur 28 et seulement dans celles de 3 témoins sur 102, les auteurs ont isolé, par cultures sur moût de vin solidifié par la gélose, un champignon qui pousse en plages superficielles (cultures plates, blanches, duveteuses, d'extension rapide sur milieu de Sabouraud). Le mycélium est représenté par une grande quantité d'hyphes à extrémités souvent fourchues, parfois avec formation de tarses, et désarticulation après 3 ou 4 jours en arthrospores. Sur des cultures de 15 jours apparaissent, par condensation du protoplasma, des chlamydospores. Il s'agit donc d'un mycoderma (Vuillemin) ou d'un geotrichum (Guilliermond). Les auteurs ne concluent pas au rôle pathogène de ce champignon.

A. Touraine.

L. Tixier. — **Le traitement du psoriasis par les thérapeutiques de choc**. *Soc. de Pédiatrie*, 21 novembre 1944 ; *Archives françaises de pédiatrie*, t. **2**, no 4, 1944-1945, p. 167.

Devant l'échec fréquent du psothanol T. utilisé contre les psoriasis généralisés et rebelles, sans lésions rénales, sans cuti positive récente à la tuberculine, le propidon en 3 injections à 2 jours d'intervalle (chez l'enfant : 1,5, 1,75, 2 cm³) ou,

au cas d'insuccès, le dmelcos en 6 injections tous les deux jours (moitié des doses progressives de l'adulte). Blanchiment dans les semaines qui suivent, persistant des mois et des années; « les échecs ne sont pas exceptionnels ».

A. Touraine.

P. O'Leary. — **Méthode de traitement du psoriasis.** *The Canadian Medical Association Journal*, t. **48**, janvier 1943, p. 34.

Application de la méthode de Gœckerman (1925) : Le soir, onction avec une pommade au goudron à 2-4 o/o. Le lendemain, nettoyage avec une huile minérale légère, laisser une légère couche sur la peau. Puis, séance de rayons ultra-violets à doses progressives jusqu'à dose érythémateuse, puis bain de farine d'avoine d'une heure ou deux; frotter pour enlever les squames, puis pommade au goudron. En plus, auto-hémothérapie tous les deux jours pendant 10 jours. Durée moyenne du traitement : 2 semaines. La vitamine D sera donnée dans les psoriasis récents.

Guérison définitive dans 30 cas sur 200, rechute en 2-5 mois pour 30, rémission de plusieurs mois ou années pour les autres.

A. Touraine.

A. Lassueur (Lausanne). — **Essai de traitement du psoriasis avec la cystine et le chlorhydrate de cystéine.** *Revue médicale de la Suisse romande*, année **72**, n° 6, 25 juin 1942, pp. 465-474.

Sur 9 psoriasis traités uniquement par la cystine en ingestion (3 à 4 tablettes de 0,10 gr. par jour) 1 guérison, 1 amélioration, 6 insuccès, 1 douteux. Sur 7 cas traités par injections de chlorhydrate de cystéine (3 par semaine, de 0,20 gr. chacune), avec ou sans ingestion de cystine les jours intercalaires, 3 blanchiments en 6 à 8 semaines, 1 légère amélioration, 3 échecs.

La voie buccale paraît devoir être abandonnée; les injections sont préférables, quoique douloureuses pendant quelques secondes.

A. Touraine.

T. S. Saunders. — **Traitement du psoriasis par un composé de salsepareille** (Treatment of psoriasis with sarsaparilla compound). *Arch. of Derm. and Syph.*, t. **50**, n° 1, juillet 1944, p. 23.

Thurmon (*New England J. Med.*, **227**, 1942, pp. 128-133) a rapporté les bons résultats (62 o/o) obtenus dans le traitement du psoriasis par des tablettes d'un extrait de salsepareille, dosées à 0,25 d'extrait sec. Cette action serait due à une augmentation du cholestérol, des phosphatides et des lipides dans le sang de ces malades. Mais cette opinion n'est pas admise par tous.

L'auteur a traité par cette méthode 27 malades (13 hommes, 13 femmes et une jeune fille). Deux tablettes par jour (plus rarement quatre) pendant un à neuf mois, sans aucune réaction appréciable. Onze malades ont associé à ce traitement un traitement local (9 succès). Les résultats ont été moins bons avec le seul traitement interne (9 échecs sur 16 cas). L'action de cet extrait ne paraît pas se prolonger ultérieurement. Ce nouveau traitement interne du psoriasis mérite, d'après l'auteur, d'être signalé (malgré les résultats assez peu encourageants de sa statistique personnelle).

L. Golé.

R. J. Weissenbach. — **Le traitement du psoriasis arthropathique.** *L'actualité dermato-vénéréologique*. L'expansion scientifique française, éd., 1944, pp. 83-91.

Le rhumatisme psoriasique, dont le pronostic fonctionnel est en général fort grave, peut revêtir de multiples formes cliniques. Son traitement obéit aux mêmes règles que les autres rhumatismes progressifs, il doit être précoce, continu et conjuguer les diverses méthodes de façon à réaliser une action prolongée jusqu'à guérison complète, après laquelle un traitement de sécurité, intermittent permettra

de consolider les résultats obtenus et de prévenir les rechutes toujours possibles.

La médication de fond associera les préparations iodées (de préférence par voie intraveineuse, avec parfois adjonction de salicylate de soude) les sels d'or (à petites doses répétées pour éviter les accidents d'intolérance), l'éther benzyl-cinnamique. D'autres médicaments (thorium X, manganèse, soufre) n'ont pas fourni à l'auteur de résultats comparables aux précédents.

La médication adjuvante consistera en injections de gluconate de calcium; le phosphore, les vitamines A, D et C y seront associées. Les antalgiques (tous les dérivés de l'aspirine) seront employés quotidiennement en même temps que la médication de fond.

On ne négligera pas les bons effets d'une hygiène générale bien comprise et d'une diététique bien réglée ainsi que les agents physiques et les cures hydrominérales.

En terminant W. rappelle certains traitements dont l'efficacité reste à démontrer : injections intraveineuses ou intramusculaires d'arseno-bismutho-pyridine (Jausion), les injections de lécithine (Schreiner et Belger), la protéinothérapie, l'allergine de Jousset, l'antigène méthylique de Nègre et Boquet, les cuti-vaccins de Ponndorff et de Paul.

Les déformations, les impotences fonctionnelles restent justiciables, comme dans tous les rhumatismes chroniques, de la chirurgie et de l'orthopédie.

L. Golé.

L. Hauck (Erlangen). — **Traitement du psoriasis arthropathique** (Behandlung der Arthropathia psoriatica). *Medizinische Klinik*, année **40**, n° 29-30, 21 juillet 1944, pp. 427-431.

Depuis 1919, H. emploie la méthode de Bory (1918) légèrement modifiée. Injections tous les 8 jours de 3 à 5 cm³ du mélange : soufre précipité 1, gaïacol 5, camphre 10, eucalyptol 20, huile de sésame q. s. o/o. Malgré ses inconvénients (douleur pendant 2-3 jours, fièvre à 38°5-40°, etc...), H. pense qu'elle est le meilleur traitement puisque l'éruption a disparu dans 60 o/o, amélioration de l'état général dans 20 o/o, échec dans 20 o/o.

Il rapporte en détail 8 observations qui illustrent ces divers résultats.

A. Touraine.

6k. — *Dermatoses érythémato-squameuses.*

Lapière. — **Parapsoriasis en plaques et poïkilodermie et mycosis fongoïde.** *Soc. belge de Derm. et de Syph.*, séance du 14 avril 1946, in *Bruxelles-Méd.* n° 12, 19 mai 1946, p. 535.

A propos de 9 cas de parapsoriasis en plaques présentant soit un aspect poïkilodermique, soit des signes de mycosis fongoïde, l'auteur montre que, dans certains cas, l'histologie peut déjà rencontrer des lésions à type de mycosis fongoïde alors que cliniquement aucune lésion caractérisée de mycosis n'est encore décelable.

Il pense que le deuxième groupe des parapsoriasis de Brocq (le parapsoriasis en plaques et parapsoriasis lichénoïde) fait partie du même groupe que le mycosis fongoïde.

D'autre part, la transformation du parapsoriasis en plaques en mycosis fongoïde s'accompagne d'une modification des réactions allergiques qui deviennent progressivement anergiques (intérêt au point de vue thérapeutique).

L. Golé.

P. Woringer (Strasbourg). — **La dermite du nourrisson.** *Archives françaises de Pédiatrie*, t. **3**, n° 1, 1946, pp. 40-49. Bibliographie.

L'auteur réunit sous ce terme général l'eczéma séborrhéique, l'érythème du nouveau-né, l'érythrodermie desquamative, la dermite séborrhéique, etc... et la maladie de Leiner-Moussous qui représente la forme la plus sévère de ces divers états.

Après une revue générale de cette affection au point de vue clinique, l'auteur en discute l'étiopathogénie : trouble du métabolisme des graisses et séborrhée d'après la majorité de l'École allemande, carence alimentaire pour Hackel, Wittmann et déficience en vitamine H (György) contenue dans le foie, la levure, le lait et, surtout, origine infectieuse (existence d'épidémies, reproduction expérimentale chez l'enfant sain par des langes d'enfants malades, réussie par Woringer). On a accusé le streptocoque, le staphylocoque, l'entérocoque ; W. admet plutôt le rôle des moisissures, avec Valleix, Dubreuilh, Le Blaye.

Le traitement consiste dans l'isolement, les pommades salicylées à 2-4 o/o, ou soufrées, ou ichtyolées puis au goudron (1 à 5 o/o). Le régime alimentaire, les vaccinations ne paraissent pas avoir d'action nette.

A. Touraine.

Sv. Hellerström and A. Westruence. — **Traitement par des hormones de l'impétigo herpétiforme pendant la grossesse** (Treatment of Impetigo Herpetiformis in Pregnant Women with Hormones). *Act. Derm. Vener.*, vol. **26**, fasc. 1, juillet 1945, pp. 28-36, 2 figures, 1 planche en couleurs. Bibliographie.

Femme de 32 ans. Une première grossesse avait été interrompue au 3e mois. Les deux suivantes se terminèrent par un accouchement normal. Au 2e mois de la troisième, éruption sur les jambes qui se généralise : taches érythémateuses semées de pustules. Démangeaisons violentes, douleurs vives. Amélioration. Rechute sous forme de larges vésicules et bulles.

Vers le 4e mois de la dernière grossesse, prurit aux bras et aux jambes puis éruption papulo-vésiculeuse en taches. Améliorations et rechutes.

L'éruption semble favorablement modifiée par des injections de « serumgonadotropine ».

Note. — A la lecture de l'observation, on peut se demander s'il ne s'agit pas ici d'une dermatite polymorphe de la grossesse plutôt que d'un véritable impétigo herpétiforme (A. D.). A. Civatte.

6m. — *Bulles.*

A. Dostrovsky et F. Sagher (Jérusalem). — **Présence des sulfamides dans les bulles spontanées ou par cantharides dans diverses dermatoses vésiculeuses** (Sulphanilamide determination in spontaneous and cantharidin blisters in vesicular affections of the skin (pemphigus, dermatitis herpetiformis, herpes gestationis, epidermolysis bullosa hereditaria). *The British Journ. of Dermatology and Syphilis*, vol. **57**, n° 5-6, mai-juin 1945, pp. 85-96, 7 tableaux. Bibliographie.

Les sulfamides ont toujours été retrouvées dans les bulles spontanées ou provoquées de ces affections (7 pemphigus, 7 diverses), en interdépendance avec leur présence et leur dose dans le sang (nombreux dosages résumés en tableaux). Elles apparaissent et disparaissent progressivement quand le médicament est donné puis supprimé ; il s'agit d'un simple mécanisme de diffusion. 12 heures après leur suppression, leur teneur reste plus élevée dans les bulles que dans le sang, ce qui a un certain intérêt pratique. A. Touraine.

A. Barbier. — **A propos d'un cas de pemphigus observé chez un enfant.** *Société de Médecine, Chirurgie et Pharmacie de Toulouse,* **avril 1946.**

Pemphigus aigu fébrile, grave, chez un enfant de 2 ans : guérison rapide par la pénicilline.

Rappel des divers pemphigus (congénitaux, non infectieux, microbiens) de l'enfant et du nourrisson. A. Touraine.

6n. — *Pemphigus et pemphigoïdes.*

Lapière, Van Kunckelen et Dussart. — **Valeur des critères pour le diagnostic entre pemphigus et dermatites polymorphes de Dühring-Brocq.** *Arch. belges de Derm. et de Syph.*, n° 2, juin 1946, pp. 81-105, 22 figures (séance du 12 novembre 1939 de la *Soc. belge de Derm. et de Syph.*).

Après avoir rappelé la fréquence des cas intermédiaires de classification clinique difficile, voire impossible (seul le signe de Nicholsky est un critère de pemphigus mais il peut manquer), les auteurs ont cherché dans l'histologie les critères susceptibles de permettre un diagnostic entre ces deux groupes.

Pour certains il n'existerait aucun critère histologique (Jesionek, Gans, Kyrle, Bièeke, Tzanck). Par contre Dupont et Pierard (*Traité de Dermatologie clinique et thérapeutique*) ont donné des caractères différentiels.

Dans le derme il est difficile d'apprécier des modifications particulières et les deux groupes ont des lésions histologiques assez identiques. Par contre les différences apparaissent dans le derme, dans la genèse et l'aspect des bulles. En effet, dans le pemphigus on constate la perte des filaments d'union dans certaines plages cellulaires d'où fissures virtuelles où va s'engager rapidement le liquide d'œdème.

Pour les dermatites polymorphes, au contraire, on assiste à l'apparition de petites vacuoles qui étirent les fibres intercellulaires qui ensuite seront déchirées et non lysées comme dans le pemphigus.

Les caractères des bulles seront donc dissemblables. Dans le pemphigus : la cavité bulleuse se termine en pointe dans une fissure et les cellules épidermiques qui la bordent, tendent à devenir globuleuses et à tomber dans la cavité.

Dans les dermatites polymorphes, la bulle est arrondie et ses parois sont constituées par un mur de cellules comprimées et aplaties, qui ne tombent pas dans la cavité laquelle renferme seulement quelques ponts cellulaires résultant de la coalescence de bulles voisines.

Dans leur mémoire, illustré de très belles microphotographies, les auteurs ont recherché ces critères histologiques dans cinq cas de dermatite de Duhring, cinq cas de pemphigus tous typiques au point de vue clinique et dans deux cas de diagnostic clinique impossible.

Leurs conclusions confirment les critères établis par Dupont et Pierard. Ces critères leur ont d'ailleurs permis de classer comme pemphigus les deux cas dont le diagnostic clinique restait hésitant. Pour les auteurs, l'existence de différences histologiques aussi nettes permet de penser que pemphigus et dermatites de Duhring constituent bien deux groupes d'affections différents.

L. Golé.

Lehmans et Vrasse. — **Pemphigus chronique, forme à début buccal.** *Société de Stomatologie de France,* 17 février 1946.

L'affection débute et se localise plusieurs mois sur la muqueuse buccale. Puis apparition de lésions à l'ombilic, à la commissure labiale, autour des narines, sur les lèvres. Puis fièvre. Mort en 18 mois avec syndrome addisonien. Action partielle du moranyl ; échec sur les ulcérations buccales. A. Touraine.

P. Desvignes et G. Offret. — **Pemphigus de l'œil et de la cavité buccale.** *La Semaine des Hôpitaux*, année **22**, n° 27, 21 juillet 1946, pp. 1277-1278. Pas de bibliographie.

Chez une femme de 65 ans, des bulles se reproduisent depuis 4 ans dans la bouche, depuis 3 ans sur la conjonctive palpébrale droite et depuis 18 mois sur la conjonctive gauche. Symblépharon bilatéral. Rien ailleurs. Diagnostic envisagé : pemphigus.

A. Touraine.

J. W. Goldzicher. — **Les glandes surrénales dans le pemphigus vulgaire** (The adrenal glands in pemphigus vulgaris). *Arch. of Derm. and Syph.*, t. **53**, n° 1, janvier 1946, pp. 42-44, 4 figures.

L'A. rappelle un travail antérieur sur les altérations des glandes surrénales, basé sur 6 observations. Ce nouveau cas concerne une femme de 34 ans avec lésions généralisées bulleuses (à noter au passage l'inefficacité de la vitamine D à doses massives et celle de la pénicilline). Amélioration passagère par les extraits cortico-surrénaux. Mort 12 mois après le début de la maladie.

A l'autopsie : malformation congénitale avec atrophie de la corticale de la surrénale gauche. Du côté droit, la majeure partie de la glande avait été détruite par une thrombose assez ancienne. Absence totale de la médullaire et réduction considérable de la corticale.

L. Golé.

Sorel, Lasserre, Mme Enjalbert et A. Bardier (Toulouse). — **Pemphigus infectieux très grave guéri par la pénicilline.** *Soc. de Pédiâtrie de Paris*, 21 mai 1946 ; *Arch. franç. de Pédiâtrie*, t. **3**, n° 4, 1946, pp. 344-346.

♀, 2 ans. Pemphigus fébrile (40°) à début brusque. Larges bulles de la face, de l'abdomen, des plantes, des muqueuses ; nombreuses bulles purpuriques sur le tronc et les membres [Pas d'examen bactériologique, *An.*]. Pénicilline, 20.000 U. toutes les 3 heures, thiazomide 4 grammes. Guérison complète après 2.600.000 U., otite droite 3 semaines plus tard.

A. Touraine.

M. Oppenheim et D. Cohen. — **L'acétarsone dans le traitemeut du pemphigus.** *American Archives of Dermatology and Syphilology*, t. **47**, janvier 1943, p. 40.

Le premier jour, 2 comprimés de 0 gr. 25 d'acétarsone (stovarsol) une demi-heure avant le petit déjeuner; les deuxième et troisième jours, 3 comprimés. Repos 3 jours. Reprise selon la même technique, etc. Continuer ce rythme jusqu'à équivalence entre le nombre des comprimés ingérés et celui des kilos de poids du malade. Diminuer alors et espacer les prises. Repos passager au cas de malaises ou de prurit.

Exposé de 3 observations de pemphigus, dont deux particulièrement graves; tous 3 sont actuellement sans manifestations, un an après la fin du traitement.

A. Touraine.

Le Gérant : G. Masson.

Dépôt légal : 1947 2e trimestre, n° d'ordre 533. Masson et Cie, éditeurs, Paris
Barnéoud frères et Cie, imprimeurs (31.0566). Laval, n° 653. — 5-1947.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

SÉANCE DU 13 MARS 1947

Présidence de M. Gastinel.

SOMMAIRE

Publication périodique mensuelle.

LIVRE REÇU

M. Huriez dépose un essai de synthèse sur la « part du toxique, du terrain et du microbe dans les accidents de chimiothérapie ». Ce sujet a fait l'objet d'une conférence de M. Huriez devant la Société de Dermatologie le 12 mars 1947.

PROCÈS-VERBAL

A propos de la communication de M. Degos et de ses collaborateurs sur un cas de résistance, par M. Gouin (Evreux).

La communication de M. Degos et de ses collaborateurs, me fournit l'occasion de critiquer le libellé d'un titre que d'ailleurs les syphiligraphes donnent aux communications sur les résistances.

Dans le cas présent on lit : syphilis arséno-bismutho-mercuro-résistante, etc...; dans d'autres on lit : syphilis arséno-résistante ou syphilis bismutho-résistante ou syphilis mercuro-résistante ou bien syphilis résistante à la combinaison de ces anti-syphilitiques.

En bon français, cela veut dire que le porteur de cette syphilis est résistant à tous les arsenicaux, à tous les bismuth, à tous les mercures ou à leur combinaison et qu'il faut pour la traiter faire appel à une autre thérapeutique.

Une telle proposition ne satisfait pas l'esprit; pour la formuler il faudrait que le syphiligraphe eut soumis le malade à chacun des arsenicaux, à chacun des bismuth, à chacun des mercuriels, ou dans un traitement mixte à toutes les combinaisons que permet la diversité de ces antisyphilitiques.

C'est seulement à ce prix que le syphiligraphe pourra formuler « résistance à l'arsenic, au bismuth, mercure, etc... ».

Or le syphiligraphe n'a pas vérifié tous les médicaments, il a essayé un seul As, un seul Bi, un seul HG, etc...

Contrairement à toute loi du raisonnement il dit : « *ab uno disce omnes* : c'est-à-dire que cette syphilis résistante à un As l'est à tous les arsenicaux; résistante à un bismuth l'est à tous les bismuth; résistante à un mercure l'est à tous les Hg; alors que les faits ont montré seulement une résistance à un seul As, à un seul Bi, à un seul Hg. Bien plus, s'il y a eu combinaison de deux remèdes, et résistance il accuse les deux médicaments.

En fait, le syphiligraphe professe une idée *a priori*. Qu'il me suffise de rappeler la phrase de Claude Bernard, pour montrer combien est défectueux le principe utilisé par les syphiligraphes « la méthode expérimentale a pour objet de transformer « cette conception *a priori*, fondée sur une intuition ou un sentiment vague des « choses en une interprétation *a posteriori* établie sur l'étude expérimentale des « phénomènes. »

Or cette étude des faits manque, les syphiligraphes n'ont pas cherché à savoir si une syphilis résistante à un novarsénobenzol est résistante au sulfarsénol, si une syphilis résistante à un Quinby, l'est à un bivatol, à un néocardyl, etc....

Nous avons fait cette étude et de là vient notre désaccord. Voici ce que montrent les faits « observés » :

a) Un syphilitique résistant à un As, peut être ou ne pas être résistant à tous les arsenicaux.

Un syphilitique résistant à un Bi peut être ou ne pas être résistant à un autre sel de bismuth.

Il en est ainsi pour les mercuriaux.

b) Dans la combinaison de deux antisyphilitiques, le syphilitique peut être résistant à l'un d'eux ou aux deux.

Mais il faut savoir que dans les traitements mixtes la résistance à l'un d'eux entraîne seulement l'inactivité de l'autre.

Ces faits attendent depuis plus de 20 ans le contrôle des syphiligraphes. Qu'il me soit permis de rendre hommage à ceux qui ont bien voulu vérifier ces affirmations.

A propos de la communication de MM. Cottenot et Desaux sur la radiothérapie de la nuque, par M. J. Gouin (Evreux).

Je voudrais demander aux auteurs s'ils font une différence entre la radiothérapie de la nuque et la radiothérapie fonctionnelle sympathique axiale (région cervicale postérieure) que nous avons décrite avec Bienvenue dès 1924 et dont nous rappelons les constantes : localisations C1C7, doses 2 H à 3 H sous 60 KV, filtration de 0 à $\frac{30}{10}$ Al. Plan d'irradiation C1C7, une ou deux séances, un milliampère dans le tube, la deuxième ne devant être faite que 20 à 25 jours après la première. Ces constantes nous ont semblé les plus favorables pour recueillir les réactions sympathiques et cliniques. Avec ces constantes on suscite dans la plupart des cas une réaction focale des lésions cutanées ou des troubles généraux : réaction d'ordre sympathique, humorale, générale, réaction éphémère rappelant le type Herxhei-

mérien, les réactions sont d'autant plus fortes que le dysfonctionnement neuro-végétatif est plus grand, mais la réaction si elle existe, ne postule pas toujours la guérison et après une ou deux séances, il est inutile d'insister.

Nous avons ainsi traité certaines affections cutanées et générales, et parmi celles-ci :

Le lichen plan buccal avec ou sans troubles laryngés ou œsophagiens, les rhinites avec eczéma sous-narinaires, sycosis médian de la moustache; l'assèchement de l'écoulement nasal favorise le traitement de la lésion.

On obtient encore des résultats dans le sycosis staphylococcique, les nodosités suppurées ou non, acnés polymorphes, œdème, blépharites, chéilite, eczéma des lèvres, certaines pelades, zona ophtalmique ou du voile du palais avec ou sans paralysie faciale.

Dans les lupus tuberculeux ou érythémateux, on note l'exacerbation focale passagère, mais on n'obtient pas d'amélioration; par contre, dans les tuberculides papuleuses, la réaction est favorable, il en est ainsi des adénites bacillaires (scrofulodermie à ses différents stades) il y a souvent guérison chez l'homme et l'enfant; chez la femme on obtient de bien meilleurs résultats par une autre localisation dans les scrofulodermies par exemple, acnés polymorphes, les mélanoses de Riehl ou autres troubles pigmentaires du visage.

Dans les affections générales, l'asthme peut quelquefois bénéficier de l'irradiation en C1C7. Cette localisation donne des résultats assez constants dans la coqueluche. Nous avons constaté comme d'autres l'action sur le métabolisme des sels (sucre, calcium), avec Pruche et Bienvenuë nous avons enregistré les heureux effets dans les troubles cardio-aortiques.

En résumé : 1° la radiothérapie fonctionnelle sympathique ne peut donner des radiodermites puisque la même région n'est irradiée qu'une ou deux fois et les doses des deux irradiations ne constituent pas la dose « érythème ».

2° En outre la radiothérapie fonctionnelle sympathique comme la chirurgie fonctionnelle sympathique provoque des réactions d'ordre sympathique, humoral et général, et l'une et l'autre donnent des résultats thérapeutiques analogues, qu'il s'agisse du mode radiothérapique axial (ramisectomie) ou mode radiothérapique régional (sympathectomie).

On ne dit pas chirurgie « indirecte » pour la chirurgie fonctionnelle sympathique. On ne doit pas non plus dire radiothérapie indirecte pour la radiothérapie fonctionnelle sympathique puisque celle-ci comme celle-là donne des effets d'ordre sympathiques, cliniques et expérimentaux.

Nous pensons que la radiothérapie de la nuque n'est pas autre chose que la radiothérapie fonctionnelle axiale (région cervicale).

On peut trouver la bibliographie de la radiothérapie axiale, haute, moyenne ou basse dans le rapport sur la radiothérapie fonctionnelle sympathique (Gouin, Bienvenuë, Congrès de Médecine Internationale, 1936. Masson, t. III, XXIVe Réunion).

PRÉSENTATION DE MALADES

Pour raisons d'épidémie, il n'y a pas eu de présentation de malades, mais les observations ont pu être présentées devant la société.

*
* *

Association de lichen plan typique, de médaillons érythémato-squameux et de grosses bulles. Problème du lichen plan bulleux et des grosses bulles en dehors du pemphigus, par MM. H. Gougerot, B. Duperrat et Mme Pillet-Savaton.

Cette malade pose le double problème : du lichen plan bulleux et de la nature de grosses bulles pemphigoïdes, en dehors du pemphigus et des dermatites polymorphes douloureuses de Brocq-Dühring.

La malade n° 148.172, 43 ans, associe, en effet, le 13 février 1947 :

1° Un *lichen plan typique circiné et pigmenté*, apparu le 4 décembre 1946, sous forme de petites papules de 1 à 4 millimètres de diamètre, très prurigineuses, s'étendant sur les bras, la poitrine, l'abdomen, la région lombaire, qui fit d'abord penser à l'urticaire.

Le lichen s'affirmant, elle subit en janvier 10 séances de rayons X radiculo-médullaires, sur deux champs interscapulaire et lombaire, qui entraînent une grande atténuation du prurit et des lésions cutanées. Mais le lichen persiste encore en mars 1947.

2° *Des cocardes érythémato-squameuses.* — Trois jours après la fin des rayons X, le 6 février, apparaissent brusquement des placards symétriques sur la face antéro-interne des deux avant-bras, depuis le pli du coude jusqu'au poignet et sur la face antéro-interne des deux cuisses. Ces placards résultent de la confluence de cocardes rouges, « chaudes », infiltrées, œdémateuses, de 10 à 30 millimètres de diamètre ; elles prennent un aspect circiné, par régression centrale, laissant un anneau érythémateux à peine saillant et légèrement squameux, ressemblant à une parakératose du type pityriasis rosé de Gibert.

Ces cocardes s'effacent peut-être par le traitement local (éosine, etc.), et ne sont plus visibles le 3 mars.

Il est important de noter sur l'abdomen des *éléments de transition entre les papules de lichen typiques* (siégeant autour de l'ombilic) et les cocardes et placards des cuisses, le lichen annulaire devenant cocardes.

3° *Des bulles.* — Dès le 13 février, on note sur les avant-bras 5 bulles de 5 à 15 millimètres de diamètre, 2 en activité, 3 en régression croûteuse, siégeant sur les cocardes ou en peau saine.

25 grosses bulles hémisphériques apparaissent les jours suivants, de 15 à 18 millimètres, exclusivement sur les avant-bras et les cuisses (du 15 au 24 février) qui guériront rapidement.

Une dernière bulle de 5 millimètres est apparue le 5 mars, en peau saine.

Numération et formule sanguine : Globules rouges 4.150.000, Globules blancs 4.500, Polynucléaires neutrophiles 59, Polynucléaires éosinophiles 3, Gros mononucléaires 11, Moyens mononucléaires 11, Lymphocytes 16.

Examen du liquide de bulle : quelques rares lymphocytes, ensemencement négatif.

Le 14 mars, apparaît sur la face antérieure des deux bras, surtout à gauche, des cocardes circinées prurigineuses, commençant par une papule de 3 millimètres qui s'étale rapidement, conflue et régresse au centre constituant ainsi des placards polycirciné avec une bordure de 2 à 4 millimètres de large, indurée, saillante, non squameuse.

Le 17 mars, les cocardes des avant-bras s'étalent encore mais en s'atténuant et le bourrelet a presque disparu. On note des petits points nécrotiques au milieu des cocardes de 1 à 2 millimètres

Le 18 mars, les cocardes ont encore progressé et conflué ; le bourrelet est à peine perceptible.

Le 21 mars, bourrelet et cocardes ont complètement disparu.

Le 17 mars, trois bulles hémisphériques bien tendues de 2 à 3 millimètres ont éclos sur la partie supéro-interne de la jambe droite et près de l'ombilic ; elles dureront trois jours.

Le lichen plan continue de se résorber et l'on note, depuis lors la résorption de l'éosine sur les éléments de lichen plan qui étaient visibles et une auréole de 1 à 2 millimètres autour de ces lichens visibles.

Fait encore plus intéressant : la résorption de l'éosine sur de nombreuses macules isolées de 1 à 5 millimètres montre, là où il n'y avait pas de lichen visible, qu'il existe sur l'abdomen, le dos, les cuisses, les avant-bras, de très nombreuses lésions de lichen invisible. Cette résorption de l'éosine sur les lichens invisibles se prolonge pendant

des semaines et diminue d'intensité, semblant donc indiquer que le lichen invisible continue de s'éteindre, de même que le lichen visible.

Histologie. — La biopsie porte sur deux bulles voisines mais distinctes. Ces bulles siègent entre le derme et l'épiderme ; régulièrement ovalaires, elles sont remplies d'une sérosité fibrineuse dans laquelle flottent des polynucléaires éosinophiles. Le toit épidermique ne présente aucune acantholyse ; on ne voit pas non plus de nécrose épidermique. Entre les bulles, l'épiderme ne présente aucune des lésions habituelles du lichen plan.

En conclusion : un tel aspect permet d'éliminer d'une façon formelle le pemphigus et l'érythème polymorphe. D'autre part, il est impossible de parler de lichen plan sur cette préparation. L'aspect réellement semble assez voisin de celui des bulles de la maladie de Dühring.

La soi-disant balanite syphilitique primaire de Follmann. Infection mixte syphilo-balanitique, par MM. H. Gougerot et Vissian.

Le malade, n° 148.469, est un nouvel exemple confirmant les conclusions que je vous ai résumées à la séance du 12 décembre 1946.

En effet :

1° il associe cliniquement les deux infections : chancre syphilitique, balano-posthite érosive circinée ;

2° les incubations sont différentes et nettes : la balanite est apparue huit jours après le risque de contagion ; le chancre syphilitique n'a commencé qu'au quarante-quatrième jour, donc retardé, sans doute par l'absorption de sulfamides contre une blennorragie inoculée par le même contact ;

3° les différences de constatations bactériologiques sont non moins nettes : dans le chancre syphilitique, tréponèmes de la syphilis ; dans les érosions, gros spirochètes de la balanite.

Ce malade, n° 148.469, 24 ans, associe, le 30 janvier 1947 :

— une balanite généralisée à toute la région, apparue huit jours après le risque de contagion, en même temps qu'une blennorragie uréthrale qui est guérie en cinq jours par l'ingestion de thiazomide ;

— un chancre syphilitique induré, ulcéreux, typique, de la face dorsale du gland, en son milieu avec adénite inguinale bilatérale, plus marquée à droite, apparu le 24 janvier, quatrante-quatre jours après le coït infectant.

L'ultra-microscope révèle : dans le chancre induré, des tréponèmes ; dans les lésions érosives de la balanite, de nombreux fusospirilles, sans tréponèmes syphilitiques.

Dès le 30 janvier, la pénicilline et le bismuth associés sont commencés : le 1er février, l'ultra-microscope ne montre plus ni tréponèmes dans le chancre, ni gros spirilles dans la balanite ; le 4 février, les ganglions inguinaux diminuent nettement ; le 7 février, après avoir reçu 2.400.000 U. de pénicilline, la balanite a presque complètement disparu, mais le chancre est seulement en voie d'épidermisation. La pénicilline associée au bismuth a donc eu une action relativement lente. Les séro-réactions de Bordet-Wassermann restent négatives, Le bismuth sera continué, comme de coutume.

Syphilis gommeuse régressant lentement par la pénicilline et le bismuth. Efficacité de l'iodure, par MM. H. Gougerot et Mme Pillet-Savaton.

Cette observation de grosse gomme syphilitique sous-cutanée et périostée est intéressante par l'évolution thérapeutique : le traitement pénicilline-bismuth donne d'abord une très grande amélioration, mais son action semble s'arrêter, le liseré de cicatrisation s'amorçant à peine, et c'est seulement l'iodure buccal qui déclenche ce liseré de cicatrisation.

La malade, n° 148.123, 57 ans, a une large ulcération de la région frontale gauche, apparue en mai 1946 sous forme d'une tuméfaction de 30 millimètres, indolente, recouverte d'une peau normale, et qui augmente peu à peu, s'ouvre par un pertuis central en décembre 1946, pertuis qui s'ulcère progressivement et largement.

A son entrée, le 9 janvier 1947, l'aspect de la gomme syphilitique est typique : arrondie, de 80 millimètres de diamètre, nettement limitée, tracée au compas, bords entaillés à pic, épais et adhérents rouges au dehors, surface comblée par la masse jaunâtre du bourbillon, laissant écouler un liquide visqueux, infiltrat gommeux sous-jacent, indolente.

Il existe par ailleurs deux petites gommes non ulcérées à l'angle interne de l'arcade sourcilière droite et dans le cuir chevelu.

La radio du crâne montre un amincissement de la corticale correspondant au siège de l'ulcération.

L'état général est altéré : aspect cachectique, température à 39° ; abdomen volumineux avec un peu d'ascite ; gros foie débordant le rebord costal de 10 centimètres, dur irrégulier, mais non ficelé ; rate percutable sur 8 centimètres et palpable, troubles digestifs depuis janvier 1946, ictère en décembre 1946. Pas de modification des réflexes tendineux et pupillaires. Fond d'œil normal.

Les séro-réactions sont positives partielles : Bordet-Wassermann 8, Hecht 8, Kahn ++++.

La malade est mise à la pénicilline : 2.400.000 U. en 8 jours, du 10 au 18 janvier, et immédiatement après au bismuth, 12 injections de Quinby, du 18 janvier au 24 février.

Sous l'influence de ce traitement, on assiste à une transformation rapide de l'état général, l'apyrexie est obtenue en 48 heures ; la gomme devient propre, un sillon d'élimination se creuse au pourtour du tourbillon. Le 23 janvier, on excise les tissus mortifiés du bourbilllon ; l'ulcération sous-jacente bourgeonne et se comble peu à peu devenant de niveau avec les tissus sains. En son centre transparaît une aire osseuses blanc-jaunâtre de 6 × 8 millimètres. Les deux petites gommes sont résorbées.

Mais le liséré d'épidermisation de la grosse gomme est à peine amorcée, malgré 6 semaines de traitement.

Le 20 février, on commence l'iodure de potassium *per os* jusqu'à 4 grammes par jour. On assiste alors à la transformation de l'état local en quelques jours : le liséré d'épidermisation apparaît nettement, rétrécissant la plaie de 10 millimètres sur tout son pourtour.

Monilethrix chez la mère et le fils, par MM. A. Touraine et Gallerand.

I. La mère a 30 ans. N'a jamais eu de cheveux normaux depuis que ceux de la naissance sont tombés à l'âge de quelques semaines. Cuir chevelu complètement glabre à l'exception de quelques centaines de cheveux très noirs, épais, de 2 ou 3 millimètres de long, les uns cylindriques, les autres moniliformes et de quelques dizaines de cheveux bruns, fins, de 2 à 3 centimètres de long. Pas de kératose pilaire ni sur le crâne, ni sur les membres ; pas de kératose palmo-plantaire. Léger monilethrix de la queue des sourcils. Cils normaux. Système pileux du reste du corps, ongles, sudation sans anomalies. Légers troubles d'implantation dentaire. Examen somatique normal. Bordet-Wassermann négatif.

Père mort à 48 ans d'un cancer de la langue ; mère morte à 53 ans d'un cancer de l'utérus, 3 sœurs : l'aînée a une fille ; la seconde, de 32 ans, a deux garçons ; la troisième de 31 ans ; tous ont des cheveux normaux. La malade n'a qu'un fils.

II. Le fils a 9 ans. Taille 1 m. 20, poids 22 kilogrammes ; légère arriération mentale. Depuis la naissance, monilethrix de tout le cuir chevelu à l'exception d'une bande de 2 centimètres de large formant couronne et bordure sur le front et se prolongeant le long du triangle de la séborrhée ; dans cette zone tous les cheveux sont normaux, fins, bruns. Dans tout le reste du cuir chevelu, mélangés en nombre à peu près égal, on voit des cheveux moniliformes, très noirs, épais, cassés à 2 ou 3 millimètres avec 3 ou 4 ventres, 4 ou 5 étranglements et des cheveux plus fins (de la largeur de l'étranglement d'un cheveu moniliforme), bruns, cylindriques, de 3 à 5 centimètres de long. Très forte kératose pilaire, en granitations confluentes, sur les régions occipitale et pariétales. Légère kératose pilaire sur les bras, les lombes et les fesses. Sourcils, cils, ongles, normaux. Incisives médianes supérieures en tournevis, inférieures striées ou ponctuées. Voûte légèrement ogivale. Viscères normaux, mais hypertrophie des amygdales et légère adénopathie trachéo-bronchique.

Nævus pachydermique de toute la face avec papillomatose profuse. Nævi verruqueux linéaires des membres, par MM. A. Touraine, Le Blaye et Vissian.

♂, 66 ans, bûcheron dans la Vienne. Les nævi pachydermique et linéaires existent depuis la naissance, sans autre cas analogue dans la famille. Aux dires du malade, c'est en 1926 que les formations papillomatoses ont commencé à se développer à la suite d'une poussée d'érythème et de prurit, d'abord à la face puis généralisée, qui a été rapportée à une sensibilisation au chêne. Dès lors, ces poussées se sont maintes fois répétées, surtout au printemps et en automne, parfois peu violentes mais toujours prurigineuses, à la suite desquelles les papillomes ont augmenté en nombre et en volume. Certains de ceux-ci ont été détruits au bistouri électrique en 1944 ; ils se sont bientôt reformés.

Actuellement, l'aspect extraordinaire, presque monstrueux, de ce malade est constitué par :

1° un nævus pachydermique de toute la face, à l'exception d'une étroite bordure frontale le long du cuir chevelu, de l'extrémité du nez, des paupières, des lèvres, de la partie externe du pavillon des oreilles. Les limites en sont peu précises. La surface est brune, un peu verruqueuse, sillonnée de nombreux et profonds sillons, irréguliers, ramifiés, enchevêtrés en tous sens qui réalisent un aspect tantôt cérébriforme, tantôt plicaturé, tantôt grillagé, sans aucun ordre ;

2° des centaines de papillomes cornés, particulièrement abondants et presque confluents sur la bosse frontale gauche, le versant gauche du nez, la joue droite, la pommette gauche. Leur dimension varie d'un grain de mil à un pois ; la plupart sont sessiles, les plus volumineuses sont pédiculées et en chou-fleur ; tous sont verruqueux ;

3° quelques taches pigmentées sur la zone de Klein des deux lèvres ;

4° un nævus verruqueux linéaire sur la ligne médiane de la nuque ;

5° un nævus verruqueux linéaire discontinu sur la ligne médiane du vertex ;

6° un nævus verruqueux linéaire en V au-dessus de la fourchette sternale ;

7° un nævus verruqueux linéaire en bande étroite depuis l'aisselle droite, le long de la face postérieure du bras, du coude (en pachydermocèle) de l'avant-bras, jusqu'au poignet où il se renforce en grosses papules verruqueuses ;

8° un nævus verruqueux linéaire en bande étroite depuis la partie postérieure de l'extrémité supérieure de la cuisse droite, le long de celle-ci, du creux poplité, de la jambe, de la face externe de la cheville, du dos du pied, jusqu'aux orteils.

Le sujet est robuste pour son âge, un peu agité, aux gestes nombreux et vifs. Examen des téguments, des phanères, des viscères sans anomalie, sauf une cataracte sénile bilatérale encore au début. Tension 14-8. Test cutané à la sciure de bois de chêne : négatif. Plusieurs biopsies pratiquées à Poitiers ou à Paris ont confirmé le diagnostic de nævus. Deux papillomes de la face ont été examiné par M. Duperrat. Le plus volumineux était corné avec infiltrat plasmo-lymphocytaire du derme et migration du pigment, sans signe de dégénérescence. Un plus petit était seulement de pachydermie et de mélanodermie avec hypercanthose et infiltrat lymphocytaire du derme.

Le crochet thermique pénicillo-syphilitique, par MM. A. Tzanck, Y. Bellemare, E. Sidi.

Nous nous excusons de revenir sur la communication que nous avons faite ici même sur ce sujet, non pas seulement parce que notre pensée n'a peut-être pas été complètement comprise, mais pour la compléter.

Qu'il existe des réactions thermiques chez les malades soignés par la pénicilline, la chose est d'observation courante, mais d'interprétation difficile. Cette fièvre est-elle due à la reprise de l'affection traitée, ceci est probable; qu'elle puisse exister chez les syphilitiques et notamment au début du traitement, la chose avait été signalée par divers auteurs, nous-mêmes ne l'avions que rarement notée dans les conditions banales de l'observation hospitalière; et encore l'observait-on qu'on en concluait que le malade supportait mal la pénicilline, et souvent nous avons vu interrompre la médication lorsque la fièvre se manifestait.

Ce que nous avons observé est tout autre chose. La fréquence du crochet pénicillo-

syphilitique est quasi absolue en certaines circonstances. Sa présence, loin de faire redouter une intolérance confirme, s'il en est besoin le diagnostic. C'est son absence qui serait surprenante. Sa valeur est telle que dans certaines circonstances sur lesquelles nous reviendrons, elle incite à rechercher la syphilis si la médication avait été instituée pour une toute autre cause.

Vous comprendrez que dans ces conditions il nous soit permis d'insister sur un symptôme aussi précieux car il établit d'une façon indéniable la réalité du conflit syphilothérapeutique que M. Huriez a récemment mis en doute.

En premier lieu, cette fièvre doit être recherchée car elle passe couramment inaperçue dans nos hôpitaux où la température est prise à 7 heures du matin puis avant 4 heures de l'après-midi, et n'apparaît que comme un crochet pouvant atteindre 41° qu'entre la 5ᵉ et la 9ᵉ heure après la première injection de pénicilline, et pour peu que cette première injection ait été pratiquée vers la fin de la matinée, rien sur la courbe thermique ne la traduirait.

En second lieu, ce crochet thermique appartient en propre aux syphilis précoces en pleine virulence, après le 15ᵉ jour et durant les premiers mois de la maladie, c'est-à-dire dans les circonstances mêmes où s'observe la réaction d'Herxheimer; mais alors que cette dernière est relativement rare, le crochet thermique, qui comporte une signification assez comparable manque exceptionnellement, dans les manifestations précoces de la syphilis du moins.

C'est pour cette raison que nous avons tenu aujourd'hui à analyser de plus près ce phénomène.

Nous l'avons retrouvé, à des degrés divers, avec les autres médications intensives. Avec le novarsénobenzol elle est d'autant plus marquée que le traitement est plus intensif; même avec le cyanure on l'observe, bien qu'elle soit moins élevée.

Par contre, elle manque à coup sûr lorsqu'un traitement récent, même insuffisant, a été institué avant la pénicilline.

Mais il est un dernier point d'ordre pratique que nous voudrions mettre en lumière, c'est la signification particulière que prend ce crochet thermique dans le traitement de la blennorragie par la pénicilline.

Chez ces malades la température doit être prise d'heure en heure. Si la poussée fébrile s'observe, la syphilis doit être suspectée; et dans plusieurs observations déjà, il nous a été permis de la trouver avant même l'apparition de manifestations cutanéo-muqueuses. C'est ainsi que nous avons actuellement dans notre service, un malade qui en août 1946 a reçu 100.000 U. de pénicilline pour une blennorragie, alors que les accidents secondaires n'ont apparu qu'en février 1947. La syphilis s'est développée à bas bruit comme la chose avait déjà été signalée. Or, lors du traitement de sa blennorragie, il avait présenté le crochet thermique dont la présence eût comporté un examen sérologique et le dépistage plus précoce d'une syphilis qui aurait pu être traitée avant sa période initiale.

Parapsoriasis en goutte : traitement par la radiothérapie fonctionnelle sympathique, par MM. J. Gouin et A. Poupinel.

Nous avons pensé qu'il était intéressant de présenter ce malade à cause des résultats thérapeutiques obtenus par la radiothérapie fonctionnelle sympathique. C'est le troisième cas que nous traitons ainsi, les deux premiers remontent à 1924; nous les avons signalés en 1927 ici même et dans le *Journal de radiologie*, août 1927.

Observation I. — Krug, 24 ans, sujet allemand, prisonnier de guerre, travaille dans la culture, entre à l'hôpital le 10 décembre 1946.

A cette date le malade présente une éruption maculo-papuleuse rouge vineuse purpurique par région, surtout sur la face antérieure des bras ; dans les zones scapulaires et deltoïdienne les éléments sont jaune paille, gris sale ; il n'y a pas d'infiltration. La face externe de l'avant-bras droit est squameuse érythrodermique, tandis que quelques autres éléments sont squameux ; la squame enlevée laisse une surface rouge légèrement hémorragique. Il n'y a pas de prurit, l'éruption a commencé il y a trois

semaines. Il n'y a rien aux muqueuses mais les faces palmaires présentent des maculo-papules bistres.

Pendant une quinzaine de jours le malade est examiné quotidiennement et nous assistons à un véritable rash parapsoriasique très confluent, et nous notons une participation érythrodermique et squameuse de la figure uniquement du côté gauche avec œdème de la paupière. Les poignets sont légèrement érythémateux.

On pose cliniquement le diagnostic de parapsoriasis en goutte généralisé. Nous voulions le présenter à la séance de Janvier (mais il nous fut impossible de le faire) avant de commencer le traitement radiothérapique.

Le Bordet-Wassermann est négatif. Une biopsie est faite le 11 janvier 1947 et l'exament histologique est confié à M. Cailliau qui répond : « Histologiquement parapso- « riasis. On constate dans ces lésions, les phases évolutives variées du parapsoriasis, « allant du stade pseudo-lichénien initial à la forme adulte où la squame est consti- « tuée et l'épiderme atrophié.

« Rien n'évoque l'image d'une séborréïde, d'un lichen ou d'un psoriasis. »

C'est volontairement que la cuti-réaction n'est pas pratiquée.

Traitement. — 1° Le 31 décembre 1946, le malade reçoit 2 H $\frac{20}{10}$ centré sur D4.

2° Le 23 janvier 1947 deuxième et dernière séance 4 H $\frac{30}{10}$ même localisation. Ces deux séances ont constitué le seul traitement qui a blanchi le sujet comme vous avez pu le constater. Une irradiation dorso-lombaire n'a pas été nécessaire.

Chaque irradiation a été suivie des mêmes phénomènes réactionnels qui se sont traduits le lendemain même de la séance radiothérapique par une phase de desquamation.

« Première séance, le 31 décembre 1946 ». Dès le 7 janvier s'ébauche une desquamation sur les bras et qui est manifeste le deuxième jour. Sur tout le corps, particulièrement sur les flancs, les maculo-papules ont été exacerbées et semblent avoir augmenté de volume et de relief.

Le 6 janvier, la desquamation de plus en plus marquée, affecte copieusement l'abdomen, et commence aux membres inférieurs. Les lésions bistre jaune situées aux faces scapulo-humérales s'effacent.

Le 12 janvier la desquamation est complète sur tout le corps.

Le 17 janvier 1947, la desquamation est terminée sur la face antérieure du thorax et face interne des bras et avant-bras.

Le 20, le malade accuse pour la première fois un léger prurit sur la partie haute du corps. On ne ferait plus le diagnostic. Les lésions palmaires après avoir subi l'exacerbation sont guéries, mais sur l'avant-bras droit qui est le lieu du début de l'affection, la desquamation persiste furfuracée et la peau est érythrosique ; mais elle est terminée sur la figure.

En résumé, 21 jours après la première séance, nous avons assisté à une phase desquamative précoce qui s'est généralisé rapidement, et a entraîné après plusieurs assauts la disparition partielle des éléments ; c'est à cette date que nous faisons « la deuxième séance de rayons ».

Radiothérapie, 23 janvier 1947 : réaction après la deuxième séance.

Le lendemain 24, une desquamation intense recommence, même sur la figure qui était guérie et sur les régions hautes et basses dont la peau avait repris par endroit un aspect normal.

Le 25, les éléments restant, sont en pleine poussée érythémateuse, et de nouveaux éléments apparaissent. La face palmaire et les poignets deviennent à nouveau rouge vineux.

Le 27, la desquamation a beaucoup diminué, et est disparue sur certaines régions ; sauf aux bras et aux avant-bras les nombreux éléments s'affaissent à nouveau.

Le 28, la desquamation a disparu sauf aux bras où elle est plus légère et à la région fessière.

Le 29, la desquamation reparait aux mêmes régions, mais sur les fesses on ne trouve plus que quelques squames. Le 30, toutes les lésions perdent leur teinte purpurique ou jaune sale ; tous les éléments diminuent de volume et deviennent bistres.

Le 31, le malade ne présente plus que très peu d'éléments visibles, cependant l'exposition à la lumière tend à les extérioriser.

Le 1er février 1947, les éléments ont disparu aux coudes et à la face externe de l'avant-bras droit, persiste encore une légère desquamation.

Le 3 février, la desquamation des avant-bras et des fesses disparaît à nouveau ; tous les éléments s'éclaircissent

Le 4, la desquamation des avant-bras est totalement disparue.

Le 10, le malade présente une peau normale par endroit et *gris sale dans d'autres*, particulièrement aux régions axillaires.
Le 11, la peau est à nouveau très blanche et, normale.
Le 19, le malade ne présente plus rien, sauf quelques petites desquamations furfuracées aux coudes.
Les jours suivants on ne remarque plus aucun trouble cutané. A noter qu'aux deux points où les biopsies ont été faites ceux-ci présentent une infiltration violinée, et sont très longues à guérir.

En résumé, deux irradiations interscapulaires (D4) au centre, faites à 23 jours d'intervalle ont amené la disparition d'un parapsoriasis en gouttes généralisé à tout le corps. *La desquamation précoce* procédant par poussées, suivie d'une régression *est la caractéristique de la réaction dans ce cas*, après la radiothérapie fonctionnelle.
Il y avait 23 ans que nous n'avions observé et traité un parapsoriasis par cette méthode.
Nous savons que le propre du parapsoriasis est de procéder par poussée. Avons-nous conduit le malade à une de ces phases, ou nous faut-il voir dans ce mode thérapeutique identique à celui que nous avons proposé pour le lichen plan une méthode qui permettrait de blanchir pour un temps donné un parapsoriasis ?
Dans quelle proportion cette technique radiothérapique réussira-t-elle ? Est-elle équivalente à celle du lichen plan dont nous évaluons les résultats heureux entre 50 et 60 o/o ? Les dermatologistes de Paris et des grands centres qui voient plus fréquemment que nous des parapsoriasis pourront le dire.

Chancre syphilitique de la nuque chez un nourrisson contaminé au passage, par MM. Paul Blum, M. Lardat et H. Lapenneville.

Les faits de chancre syphilitique de la nuque chez des nourrissons contaminés au passage sont relativement rares. Hudelo à la *Soc. de Dermat.*, 1924, en a publié 1 cas, p. 125, dont le moulage est conservé au Musée de Saint-Louis. Le nourrisson avait 5 chancres.
[Cf. aussi *Thèse* Bonnet, signalée par Milian. Fernet et Faulang dans le *Paris Médical* du 6 mars 1937 en signalent 11 cas de 1911 à 1937 (Hashung, Groen, Fribees, Muller, Lauch et Ful. Lomholt (3 cas) Hudelo et Dumet, Bonnet, Babonneix et Weissenbach)].
Notre observation est intéressante parce qu'il s'agit d'un *chancre unique* qui avait l'aspect d'une pyodermite végétante d'aspect chair musculaire et bourgeonnante qui fut méconnue par les médecins.
Bien qu'envisageant cliniquement le diagnostic de chancre syphilitique, nous n'avons pas pratiqué d'examen microscopique mais le Bordet-Wassermann positif total qui nous permit de découvrir une *syphilis très contagieuse*, à la fois chez l'enfant, chez les parents. Le père avait été l'agent contaminateur de la mère 3 semaines environ avant l'accouchement.
L'enfant n'avait pas été contaminé *in utero* et était vierge d'infection. Il a été contaminé au passage par les accidents vulvaires de la mère.
Ce cas paraît faire exception à la *loi de Profeta* (Palerme, 1865 : un enfant en apparence sain né d'une mère syphilitique ne court aucun danger d'infection, il peut être allaité par sa mère malade.
Cette loi n'est pas exacte, si la mère a été contaminée dans le dernier mois de la grossesse. Le tréponème n'a pas passé à travers le placenta.

Un nourrisson de 5 semaines nous est amené à notre consultation du Centre Prophylactique de l'Hôpital de Saint-Denis le *3 février 1947* pour une lésion ulcéro-végétante *arrondie*. Cette lésion située sous la protubérance occipitale a des contours nets ; 12 millimètres de diamètre, sa surface est rouge, granuleuse, légèrement suintante, sans adénopathie considérable. Depuis 15 jours, les antiseptiques présentés par 4 médecins sont restés infructueux. Le Bordet-Wassermann est *positif*.
Le 10 février, l'enfant a une roséole floride, après 2 injections de sulfarsénol de 0 cgr. 005 et de 0 cgr. 01.

Ce nourrisson était né à terme, à la suite d'un accouchement normal, sans forceps, d'un poids à la naissance de 2 kg. 450.

L'agent contaminateur était bien la mère. Nous l'examinons, et nous trouvons une roséole et des plaques muqueuses vulvaires de la vulve (lèvres et *fourchette*).

La mère ignorait la syphilis. Le père, examiné, présente les traces d'un chancre encore en évolution durant depuis octobre 1946. Ce malade avait été soumis à *1 seul examen ultra-microscopique* et sur la foi d'un ultra négatif *d'un Wassermann négatif* avait contaminé sa femme. Il a actuellement des plaques muqueuses anales et génitales, car il n'avait pas été surveillé par son médecin.

La mère avait été contaminée 3 semaines avant l'accouchement.

Syphilis secondaire et réaction lymphatique intense de la chaîne mammaire externe, par MM. Paul Blum, M. Lardat et H. Payenneville.

Le malade, O... R., âgé de 34 ans, se présente le 3 février 1947 à la consultation du Centre Prophylactique de l'Hôpital de Saint-Denis en pleine syphilis secondaire. Plaques muqueuses et anales, leucomelanodermie cervicale, et adénite cervicale postérieure bilatérale, mais à l'inspection du thorax, nous constatons l'*existence d'une double chaîne symétrique de ganglions*, échelonnés de part et d'autre du thorax, sur la ligne axillaire dans les 3e, 4e, 5e et 6e espaces intercostaux. Les ganglions sont gros comme une amande, durs, mobiles, indolents.

Il s'agit de la chaîne située le long et en arrière de l'artère mammaire externe qui va s'anastomoser au groupe inférieur de la chaîne mammaire externe. Cette adénite se rattache à la syphilis secondaire, mais aucune lésion cutanéo-muqueuse n'a pu être constatée dans le voisinage. Il n'y avait pas de lésion viscérale thoracique.

STATISTIQUES DE MORBIDITÉ VÉNÉRIENNE

Statistique des maladies vénériennes récentes traitées au dispensaire de la Faculté en 1946, par MM. Gougerot et Burnier.

Syphilis récentes. — Le nombre des syphilis récentes soignées en 1946 au Dispensaire de la Faculté s'élève à 559 cas ; la répartition est la suivante :

	Janv.	Fév.	Mars	Avril	Mai	Juin	Juil.	Août	Sept.	Oct.	Nov.	Déc.	Total
Hommes.	18	21	33	28	26	16	27	28	38	36	39	29	339
Femmes.	21	19	28	13	19	22	18	13	17	23	16	11	220
Total....	39	40	61	41	45	38	45	41	55	59	55	40	559

Chancres mous. — Leur nombre s'élève en 1946 à 94.
76 hommes (dont 10 chancres mixtes) ;
18 femmes.

Maladie de Nicolas-Favre. — 3 hommes et 1 femme.

Voici le *mode de contamination* des syphilis récentes :

Hommes : Femmes de rencontre 36 o/o ; prostituées de rue 24 o/o ; femmes légitimes 7 o/o ; amies 23 o/o ; femmes rencontrées en Allemagne 6 o/o ; femmes de maison 3 o/o ; homme 1 o/o.

Femmes : amis 39 o/o ; hommes de rencontre 30 o/o ; américains 16 o/o ; maris 15 o/o.

Pour le chancre mou, le mode de contamination des hommes est le suivant :
Femmes de rencontre 44 o/o ; prostituées de rue 40 o/o ; amies 12 o/o ; filles de restaurant et femmes de chambre 4 o/o.

Réflexions. — La *syphilis* progresse. Le nombre des cas de syphilis récentes traités en 1946 dépasse de 44 le chiffre de 1945.

En effet, voici la progression depuis 1940 :

1941	1942	1943	1944	1945	1946
305 cas	473 cas	395 cas	367 cas	515 cas	559 cas

La fermeture des maisons ne semble pas expliquer cette augmentation, car l'examen comparé des 2 derniers mois de 1945 et 1946 (les maisons ayant été fermées en octobre 1946) donne les résultats suivants :

Novembre 1945		Novembre 1946		Décembre 1945		Décembre 1946	
hommes	38 cas	hommes	39 cas	hommes	34 cas	hommes	29 cas
femmes	16 »	femmes	16 »	femmes	21 »	femmes	11 »
Total	54 »		55 »		55 »		40 »

Chancre mou. — Le chancre mou a presque triplé en 1946 : 76 hommes contre 35 en 1945 ; 18 femmes contre 4 en 1945.

Maladie de Nicolas-Favre. — Elle est toujours rare : 4 cas en 1946 contre 0 en 1945.

Statistique des syphilis récentes au dispensaire Brocq en 1945 et 1946, par M. A. Touraine et Mlle Cavalier.

En raison de la fermeture des maisons de tolérance en 3 étapes à Paris, il nous a paru intéressant de donner nos relevés mois par mois.

	1945			1946		
	♂	♀	Total	♂	♀	Total
Janvier	10	17	27	28	19	47
Février	15	11	26	23	24	47
Mars	12	14	26	23	22	45
Avril	14	16	30	16	17	33
Mai	13	20	33	16	14	30
Juin	21	21	42	22	12	34
Juillet	14	11	25	20	22	42
Août	27	16	43	36	24	60
Septembre	32	19	51	29	16	45
Octobre	21	19	40	28	11	39
Novembre	24	14	38	28	26	54
Décembre	17	18	35	22	18	40
Année	220	196	416	291	225	516

Donc augmentation en 1946 de 32 o/o pour les hommes sur les chiffres de 1945, de 15 o/o pour les femmes, de 24 o/o pour les deux sexes. La recrudescence de la syphilis en 1946, pour les deux sexes, paraît s'être faite de janvier à avril, en juillet-août et novembre.

Origines des contaminations (le premier chiffre est celui de 1945, le deuxième celui de 1946). 1° *Hommes* (au total 220 et 291). Femmes de rencontre 158, 208 ; amies régulières 47, 45 ; épouses 8, 12 ; maisons de tolérance 3, 10 ; homosexualité 3, 10 ; contaminations accidentelles 1, 2 ; enquêtes en cours 0,4. 2° *Femmes* (au total 196 et 225). Hommes de rencontre 110, 122 ; amis réguliers 42, 71 ; maris 41, 26 ; contaminations accidentelles 0, 5 ; inconnus 3, 0 ; enquête en cours 0, 1.

Statistique des cas de syphilis récente en 1945 et 1946, par M. Flandin.

Année 1945 { Σ^1 : 133 ; Σ^2 : 127 } Total : 260

dernier trimestre 1945 (oct.-nov.-déc.) : { Σ^1 : 36 ; Σ^2 : 33 } Total : 69

Année 1946 { Σ^1 : 239 ; Σ^2 : 179 } Total : 418

dernier trimestre 1946 (oct.-nov.-déc.) : { Σ^1 : 59 ; Σ^2 : 45 } Total : 104

Année 1947 : les 2 premiers mois : { Σ^1 : 44 ; Σ^2 : 41 } Total : 85

Statistique des cas de syphilis primo-secondaire observés en 1946 au Dispensaire de Beurmann, par MM. R.-J. Weissenbach Le Baron, Bouwens et Mlle Tourneville (1).

Nous présentons suivant le plan habituel le relevé des cas de syphilis primo-secondaires découvertes en 1946 au dispensaire annexé à notre Service à l'Hôpital Saint-Louis.

Ce chiffre total de 544 cas est très supérieur à celui de 1945, année pendant laquelle nous avions dépisté 356 cas.

Ces 544 cas se répartissent ainsi qu'il suit, selon les périodes de la maladie et le sexe des malades :

	Syphilis primaires	Syphilis secondaires	Total
	—	—	—
Hommes	185	115	300
Femmes	113	131	244
Total	298	246	544

En ce qui concerne l'origine des contaminations, d'après les déclarations des malades, nous notons :

1° Contamination de l'homme par :
prostituées de maison : 0 ;
femmes de rencontre : 246 ;
amies régulières : 45 ;
épouses : 8 ;
pédéraste : 1.

2° Contamination de femmes par :
maris : 41 ;
amis réguliers : 97 ;
hommes de rencontre : 89 ;
risque professionnel : 2 ;
contaminations non prouvées (agent contaminateur non identifié) : 15.

Statistique des cas de syphilis primo-secondaires observés en 1946 au dispensaire antivénérien à l'hôpital Boucicaut, par MM. R.-J. Weissenbach, Le Baron, Bouwens et Mlle Tourneville.

Nous présentons suivant le plan habituel le relevé des cas de syphilis primo-secondaires découvertes en 1946 au Dispensaire antivénérien de l'Hôpital Boucicaut. Le chiffre total est de 49 cas qui se répartissent, ainsi qu'il suit, selon les périodes de la maladie et le sexe des malades :

	Syphilis primaire	Syphilis secondaire	Total
	—	—	—
Hommes	11	8	19
Femmes	8	22	30
Total	19	30	49

En ce qui concerne l'origine des contaminations, d'après les déclarations des malades, nous notons :

1° Contamination d'hommes par :
prostituées de maison : 0 ;
femmes de rencontre : 10 ;
amies régulières : 6 ;
épouses : 3 ;

(1) Stastistique établie avec la collaboration de notre dévouée assistante du Service Social, Mlle Lamoureux.

2° Contamination de femmes par :
maris : 5 ;
amis réguliers : 14 ;
hommes de rencontre : 8 ;
contaminations non prouvées (agent contaminateur non identifié) : 3.

Statistiques des maladies vénériennes récentes traitées au dispensaire Alibert, en 1946, par MM. R. Degos et O. Delzant

Syphilis récentes : Le nombre des syphilis récentes soignées en 1946 au Dispensaire Alibert s'élève à *413 cas* ; la répartition est la suivante :

	Janv.	Fév.	Mars	Avr.	Mai	Juin	Juil.	Août	Sept.	Oct.	Nov.	Déc.	Total
Hommes.	26	14	7	14	20	11	16	31	26	25	24	15	229
Femmes.	14	22	13	8	21	16	15	17	15	11	17	14	184
Total....	40	36	20	22	41	27	31	48	41	36	41	30	413

Mode de contamination des syphilis récentes :

Hommes :
- *Femmes de rencontre* (clandestines ou prostituées de rues) .... 59 o/o
- *Femmes légitimes* .... 4 »
- *Amies* .... 32 »
- *Femmes de maison* ...... 4 »
- *Hommes* .... 1 »

Femmes :
- *Hommes de rencontre* ..... 29 o/o
- *Amis passage, perdu trace.* 27 »
- *Amis réguliers* .... 31 »
- *Américains* .... 4 »
- *Maris* .... 9 »

Mode de contamination :

- *Femmes de rencontre* ...... 91 o/o
- *Femmes légitimes* .... 4 »
- *Amies* .... 3 »
- *Femmes de maison* ....

Femmes :
- *Hommes de rencontre* .... 45 o/o
- *Amis réguliers* .... 33 »
- *Maris* .... 22 »

Chancre mou : 38.
Chancre mou :
29 hommes ;
9 femmes.

Au cours de l'année 1946 il a été mis au traitement :

62 syphilis sérologiques	42 hommes	20 femmes
16 syphilis tertiaires	10 »	6 »
22 syphilis héréditaires	11 »	11 »

De plus 331 syphilis chez les malades ayant déjà été traités ailleurs ont été prises en charge au dispensaire.
179 hommes ;
152 femmes.

Statistique comparative des cas de syphilis primo-secondaires observés dans les dispensaires du département du Rhône et de la ville de Saint-Etienne en 1945 et 1946, par MM. J. Gaté, P. Cuilleret et J. Duverne.

La lecture de l'ordre du jour de la séance du 13 mars de la Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie nous incite à vous apporter nos chiffres personnels tels que nous avons pu les réunir hâtivement en vue de cette communication. Le peu de temps qui nous a été imparti ne nous a pas permis de nous occuper des blennorragies.

Voici les chiffres concernant la syphilis :

Dans les différents dispensaires du département du Rhône nous avons relevé comme syphilis primaires :

218 cas en 1945 ; 266 en 1946.
Comme syphilis secondaires :
240 cas en 1945 ; 271 en 1946.
Ce qui donne en totalité 458 cas de syphilis primo-secondaire en 1945 contre 537 en 1946, soit une augmentation d'environ 20 o/o. Je vous signale que les maisons de tolérance ont été fermées à Lyon à la date du 15 octobre.
Dans la ville de Saint-Étienne, on a relevé :
86 cas de syphilis primo-secondaire en 1945, 147 cas en 1946, soit une augmentation de 60 o/o. Notons que les maisons de tolérance sont fermées dans cette ville depuis le 1er janvier 1946.

Statistique des maladies vénériennes observées à l'hôpital Fournier (de Nancy) pendant l'année 1946, par J. Watrin.

Chancre mou.

Nombre total : 45 dont 29 hommes,
16 femmes.
Hommes : 29 dont 5 contaminés par femmes de maison de tolérance,
3 » par femmes cartées,
17 » par des clandestines,
3 » par amies habituelles,
1 contamination conjugale.
Enquêtes : 11 agents contaminateurs retrouvés,
18 » » non retrouvés.

Femmes : 16 dont 3 femmes de maison de tolérance.
3 » cartées,
5 clandestines,
5 contaminations par amis habituels.
Enquêtes : 6 contaminations professionnelles.
2 agents contaminateurs retrouvés.
6 » » non retrouvés.

Blennorragie.

Nombre total : 223 dont 199 hommes,
24 femmes.
Hommes : 199 dont 13 contaminés par femmes de maison de tolérance,
10 » par cartées,
117 » par clandestines,
25 contaminations conjugales,
25 » diverses.
Enquêtes : 83 agents contaminateurs retrouvés.
116 » » non retrouvés.
Femmes : 24 dont 20 clandestines,
1 contamination conjugale.
3 » diverses.
Enquêtes : 3 agents contaminateurs retrouvés.
19 » » non retrouvés.

Syphilis.

Femmes.

Nombre total : 124.
dont : 1 femme de maison de tolérance,
4 » cartées,
71 clandestines,
11 contaminées par leurs maris,
37 » » » amis.
Enquêtes : 43 agents contaminateurs retrouvés.
75 » » non retrouvés (dont 5 contaminations professionnelles).
2 personnes signalées retrouvées mais reconnues indemnes.
4 enquêtes encore en cours.
Réinfections : 3.

Hommes.

Nombre total : 121
dont : 4 contaminés par femmes de maisons de tolérance,
5 » » » cartées,
59 » » clandestines,
15 contaminations conjugales.
37 » par amies habituelles.
Enquêtes : 61 agents contaminateurs retrouvés.
51 » » non retrouvés.
6 personnes signalées retrouvées mais reconnues indemnes.
3 enquêtes encore en cours.
Réinfections : 4.

La *syphilis* est en régression légère par rapport à l'année 1945 : 245 cas nouveaux au lieu de 265 en 1945.

Le *chancre mou* est en régression plus marquée : 45 cas nouveaux au lieu de 57 en 1945.

La morbidité vénérienne à Marseille. Statistiques des divers dispensaires de Marseille et du département des Bouches-du-Rhône, par M. P. Vigne.

Voici les statistiques comparées des cas de maladies vénériennes observés dans les Dispensaires Antivénériens de Marseille et des autres villes du département des Bouches-du-Rhône.

	1945	1946
Syphilis primaires	210	384
» secondaires	143	315
» récentes moins d'un an sans accident..	259	458
» tertiaires	29	30
» anciennes plus d'un an sans accident...	763	2.065
Chancrelles	215	192
Maladie de Nicolas-Favre	0	0
Blennorragies aiguës	2.112	2.243

Déclarations des contaminations par les praticiens :

	1945	1946
Syphilis primaires	71	49
» secondaires	59	42
Chancrelles	14	13
Blennorragies aiguës	89	34

Totaux pour l'ensemble du département :

	1945	1946	Différence
Syphilis récentes de moins d'un an....	722	1.248	+ 70 o/o
dont	483 contagieuses	790	contagieuses
Chancrelles	229	205	— 10 o/o
Blennorragies			+ 3 o/o

La morbidité vénérienne a montré une augmentation très nette des cas de syphilis contagieuses et récentes, tandis que les chancrelles sont en légère baisse et les blennorragies aiguës à peu près stationnaires (A noter cependant que les chiffres de déclaration par les praticiens sont manifestement très au-dessous de la réalité, surtout en ce qui concerne les blennorragies).

Statistique des maladies vénériennes dans le département de l'Eure, par MM. J. Gouin et A. Poupinel.

1° Affections aiguës gonococciques vues pour la première fois.
1945 : 180 ; 1946 : 176.
Syphilis contagieuses avec accidents cutanés.
1945 : 133 ; 1946 : 136.
Syphilis sérologiques.
1945 : 57 ; 1946 : 26.
Syphilis héréditaires.
1945 : 13 ; 1946 : 7.

Le nombre des blennorragies et des syphilis pour 1945 et 1946 est sensiblement le même, mais il faut tenir compte que pendant l'année 1945, il y avait un plus grand mouvement d'hommes et de femmes, civils et militaires qu'en l'année 1946, dans cette dernière année, le nombre des militaires était beaucoup moins important et le nombre des maladies vénériennes en l'année 1946 a été constaté surtout dans la population civile.

Le nombre plus grand de sérologies positives en 1945 qu'en 1946 est dû surtout au retour des prisonniers de guerre.

Statistiques des affections vénériennes récentes traitées à l'hôpital militaire Dominique Larrey de Versailles, par MM. Vernier et Jean Pinard.

Mois	Syphilis récentes primo-secondaires	Blennor-ragies	Chancrelles	Nicolas-Favre
Mars (ouverture du Service)	9	25	—	—
Avril	2	25	—	—
Mai	12	27	1	—
Juin	15	44	1	—
Juillet	11	79	2	—
Août	9	36	3	—
Septembre	7	44	1	—
Octobre	26	23	4	—
Novembre	27	44	2	—
Décembre	23	36	—	—
Totaux	141	383	14	—
1er trimestre	9	25	—	—
2e trimestre	29	96	2	—
3e trimestre	27	159	6	—
4e trimestre	76	103	6	—
Totaux	141	383	14	—

Statistiques des affections vénériennes récentes observées à l'hôpital civil de Versailles, et signalées dans le département de la Seine-et-Oise, par M. Pierre Vernier et Mlle Chevalier.

A. — Statistique.

1° *Dispensaire antivénérien de Versailles.*

Cas nouveaux de maladies vénériennes pour 1946 :

	Hommes	Femmes	Total
	—	—	—
Syphilis	45	33	78
Blennorragies	139	32	171
Chancrelles	3	6	3
Maladie de Nicolas-Favre	—	—	—

	1946	1945	1944	1943	1942	1941	1940
	—	—	—	—	—	—	—
Syphilis	78	67	33	40	25	25	11
Blennorragies	171	145	94	29	32	47	48
Chancrelles	3	7	4	2	0	0	0
Mal. de Nicolas-Favre.	—	1	—	—	—	—	—

2° *Service de contrôle sanitaire de la prostitution à Versailles.*
Cas nouveaux de maladies vénériennes pour 1946 :

	Prostituées clandestines	Prostituées de maison	Prostituées en carte	Total
	—	—	—	—
Syphilis	19	1	1	21
Blennorragies	94	68	24	186
Chancrelles	—	—	1	1

	1946	1945	1944	1943	1942	1941	1940
	—	—	—	—	—	—	—
Syphilis	21	44	61	99	54	14	16
Blennorragies	186	250	240	208	209	397	188
Chancrelles	1	1	—	—	—	—	—

	Syphilis	Blennorragies	Chancrelles
	—	—	—
Total des cas traités à l'Hôpital de Versailles.	99	357	4

3° *Statistique des affections vénériennes récentes* observées dans les dispensaires de Seine-et-Oise, sauf Versailles. Année 1946 : 28 dispensaires.
Cas nouveaux de maladies vénériennes pour 1946 :

	Hommes	Femmes	Total
	—	—	—
Syphilis	64	49	113
Blennorragies	62	33	95

	1946	1945	1944	1943
	—	—	—	—
Syphilis	113	101	97	87
Blennorragies	95	98	164	90

4° *Affections vénériennes déclarées par les médecins du département.*
Clientèle privée. Année 1946.

	Hommes	Femmes
	—	—
Syphilis	41	43
Blennorragies	86	11
Chancrelles	2	—

Total pour le département de Seine-et-Oise. Civils. Année 1946 :

Syphilis	296
Blennorragies	549
Chancrelles	6
Maladie de Nicolas-Favre	0

Total pour le département de Seine-et-Oise. Militaires. Année 1946.

Syphilis	141
Blennorragies	383
Chancrelles	14
Maladie de Nicolas-Favre	0

Total des nouveaux cas traités en Seine-et-Oise. Civils et Militaires.

Syphilis	437
Blennorragies	932
Chancrelles	20
Maladie de Nicolas-Favre	0

Statistique des maladies vénériennes au dispensaire de l'hôpital de Limoges, par M. Roux et Mlle Clermontet.

	1945	1946	
Syphilis primaires	23	15	5 pour les 2 premiers trimestres; 10 pour les 2 derniers trimestres
Syphilis secondaires	54	33	12 pour les 2 premiers trimestres; 11 pour les 2 derniers trimestres
Syphilis anciennes	60	35	
Chancre mou	0	1	

Les examens sérologiques notablement augmentés du fait de certificats prénuptiaux devenus obligatoires :

Négatifs : 1.543 pour 891 } en 1945.
Positifs : 228 pour 288 }

Pour la blennorragie :

Hommes, 1945 : 168 ; 1946 : 156 ;

Femmes, 1945 : 121 ; 1946 : 65 dont 19 pour les 2 derniers trimestres après la fermeture des maisons de tolérance.

Il ressort de cette statistique qu'il y a moins de syphilis primo-secondaires qu'en 1945. Que le nombre de malades en traitement a diminué (35 anciennes au lieu de 60) du fait de la suppression de la prostitution contrôlée, la plupart des femmes en traitement ne venant plus au dispensaire.

Le nombre des blennorragies masculines n'a pas changé, par contre, celui des blennorragies féminines a beaucoup baissé, surtout depuis la fermeture des maisons de tolérance, sans doute parce que les « prostituées » constituaient une grosse partie de notre « clientèle ».

L'action antivénérienne légale à Paris et dans le département de la Seine. Statistiques 1946, par M. Spillmann, Mme Bidegaray et Mlle Bourjaillat.

A. — *Déclaration des maladies vénériennes.*

La statistique des cas de maladies vénériennes déclarés à Paris et dans le département de la Seine en 1946 montre une augmentation nouvelle des contaminations. Le nombre total des déclarations atteint 20.553 dont 18.058 pour la population civile et 2.495 pour les Forces Alliées (armée française, américaine et anglaise).

Si le nombre des contaminations parmi les Forces Alliées a sensiblement diminué (2.495 en 1946 contre 9.118 en 1945), par suite du nombre beaucoup moins élevé de militaires ayant résidé dans la capitale, celui des malades « civils » est en augmentation de 32 o/o sur l'année dernière (18.068 cas en 1946 contre 13.574 en 1945). La syphilis à elle seule marque une augmentation de 76 o/o (6.111 cas en 1946 contre 3.471 en 1945). Rappelons, en outre, que le pourcentage d'augmentation en 1946 pour le population civile est de 183 o/o par rapport à 1942, époque à laquelle on estimait que les statistiques étaient déjà triples de celles d'avant guerre.

	Civils	Armée française	Armée américaine	Armée anglaise	Total
Blennorragie . . .	11.709	546	1.360	98	13.713
Syphilis	6.111	240	198	6	6.555
Chancre mou . . .	214	11	31	1	257
Chancre mixte . . .	29	4	—	—	33
Nicolas-Favre . . .	5	—	—	—	5

B. — *Origines des contaminations d'après les déclarations des malades.*

I. — *Population civile.*

	Blennorragie	Syphilis	Chancre mou	Chancre mixte	Nicolas-Favre	Pourcentage
Prostitution surveillée (femmes de maisons, femmes en carte). .	289	63	8	2	1	2
Prostitution clandestine	4.571	2.221	21	7	—	38
Relations conjugales .	1.000	439	6	1	—	8
Extra génitales . . .	5	42	—	—	—	0,2
Inconnues	5.844	3.346	179	19	4	51,8

II. — *Militaires* (Forces alliées).

	Blennorragie	Syphilis	Chancre mou	Chancre mixte	Nicolas-Favre	Pourcentage
Prostitution surveillée (95 femmes en maison) 16 femmes en carte.	77	28	4	2	—	4,4
Prostitution clandestine	1.527	326	33	2	—	75,3
Relations conjugales .	—	1	—	—	—	—
Inconnues.	400	89	6	—	—	20

C. — *Activité du service épidémiologique de l'O. P. H. S.*

Résultats des enquêtes épidémiologiques arrêtés à la date du 15 janvier 1947.

a) *Population civile* : 1.264 recherches.

Agents contaminateurs retrouvés : 489, soit 39 o/o dont 237 malades : 19 o/o ; 252 sains : 21 o/o.

Agents contaminateurs restant inconnus : 479, soit 38 o/o.

Enquêtes encore en cours : 296, soit 23 o/o.

b) *Forces alliées* : 2.058 recherches.

Agents contaminateurs retrouvés : 806, soit 39 o/o ; dont 326 malades : 16 o/o, 480 sains : 23 o/o.

Agents contaminateurs restant inconnus : 923, soit 45 o/o.

Enquêtes encore en cours : 329, soit 16 o/o.

c) *Recherches d'agents contaminateurs pour des cas de maladies vénériennes déclarés en province, mais contractés à Paris.*

Nombre d'enquêtes : 954.

Agents contaminateurs retrouvés : 372, soit 39 o/o, dont 157 malades : 16 o/o, 215 sains : 23 o/o.

Agents contaminateurs restant inconnus : 353, soit 37 o/o.

Enquêtes encore en cours : 229, soit 24 o/o.

d) *Recherches de malades récalcitrants.*

Nombre d'enquêtes : 1.823.

Malades ayant repris leur traitement : 761, soit 42 o/o.

Malades dont la trace est perdue : 558, soit 30 o/o.

Enquêtes encore en cours : 504, soit 28 o/o.

CONCLUSIONS

Avec un personnel restreint, le nombre des Assistantes sociales et des secrétaires n'ayant pu être augmenté par suite de l'interdiction des créations de postes imposée à l'Administration par le législateur, le Service épidémiologique de l'O. P. H. S. a, en 1946 :

1° Reçu et enregistré 20.563 déclarations de maladies vénériennes ;

2° procédé à la recherche de 6.099 agents contaminateurs présumés ou malades récalcitrants, en retrouvant 2.428, soit un pourcentage de succès d'environ 40 o/o ;

3° dépisté 720 porteurs de germes et fait reprendre le traitement à 761 malades récalcitrants.

Pour toutes ces enquêtes et l'application des mesures prévues par la loi du 31 décembre 1942 le secrétariat a envoyé :

1.127 lettres de convocation ;
4.109 avertissements recommandés,
et 1.064 lettres pour établir des liaisons avec les services antivénériens de Province.

Par ailleurs, les Assistantes sociales de l'O. P. H. S. ont effectué 6.967 visites individuelles.

La participation prise par le Corps Médical, dans l'application de la loi du 31 décembre 1942 reste insignifiante, exception faite des services antivénériens appartenant à des services publics ou à des œuvres privées. En effet, les médecins praticiens nous ont adressé :

130 déclarations de blennorragie sur 11.709 cas enregistrés, soit : 1,1 o/o ;
295 déclarations de syphilis sur 6.111 cas enregistrés, soit : 4,8 o/o.

En 1945 le pourcentage des déclarations par les médecins praticiens avait été respectivement de :

1,4 o/o pour la blennorragie.
5,7 o/o pour la syphilis.

Le rôle joué par le service social dans la lutte menée contre les maladies vénériennes n'est plus à démontrer. Depuis 1942, les épidémiologistes anglais, américains et australiens ont confirmé les déclarations faites par les syphiligraphes français dès avant 1939 sur la nécessité du dépistage des porteurs de germes responsables de l'existence des foyers de contaminations.

Malheureusement, en dépit des démarches incessantes faites auprès des diverses administrations, nous constatons que malgré l'augmentation du nombre des contaminations, nos moyens d'action n'ont pu être développés. En 1946, en effet, alors que la morbidité vénérienne a presque décuplé, l'effectif des Assistantes spécialisées des dispensaires antivénériens de Paris et du département de la Seine est resté sensiblement le même qu'en 1939, soit 45 assistantes pour une population de six millions d'habitants.

Cet état squelettique du Service social est dû, plus particulièrement de nos jours, à l'application rigoureuse de deux textes légaux : *la loi du 15 février 1946* qui interdit aux administrations la création de postes nouveaux et plus récemment la *loi du 23 décembre 1946* tendant à une réduction des effectifs des personnels de l'État et des Administrations publiques. Certes le législateur a prévu des dérogations mais il faut solliciter l'autorisation des autorités de tutelle et jusqu'à présent aucune suite favorable n'a été donnée à nos demandes.

Depuis deux années nous avons attiré, mais en vain, l'attention des pouvoirs publics sur la gravité du problème posé par le péril vénérien en France, et notamment à Paris, en réclamant le renforcement de notre action sociale. Aussi longtemps que nos appels resteront sans échos, il nous faudra constater à la fin de chaque année les progrès réalisés par les maladies vénériennes, sans que nous puis-

sions assurer une protection efficace de la jeunesse exposée en permanence aux atteintes d'un mal dont nous pourrions cependant limiter les ravages, à peu de frais, eu égard aux dépenses d'Assistance qu'elles engendrent.

Incidences de l'application de la loi du 13 avril 1946 sur le contrôle sanitaire de la prostitution à Marseille, par MM. Paul Vigne et Marcel Bourret.

La mise en application de la loi du 13 août 1946 a été effectuée le 1er octobre 1946, les maisons des villes du département ayant été fermées deux mois auparavant.

Le Service du Contrôle sanitaire qui est venu, à partir de cette date, s'intégrer dans le Service départemental antivénérien, s'est efforcé d'appliquer loyalement les dispositions de la loi nouvelle dans sa lettre comme dans son esprit, en s'appuyant particulièrement sur l'acte dit Loi du 31 décembre 1942 pour renforcer son travail épidémiologique.

Il a heureusement trouvé, pour cette difficile adaptation, un appui vigilant des chefs des services de police qui ont parfaitement compris leur rôle nouveau tel qu'il est défini par la circulaire Depreux du 14 août 1946. Toutes les conditions se sont trouvées réunies pour que les résultats d'ores et déjà enregistrés aient la valeur d'une véritable expérience.

1° Dès la suppression de la mise en carte et la fermeture des maisons, il a été institué des visites libres pour les prostituées, ces visites ne se faisant plus à l'Hôtel de Police mais à l'Hôpital;

2° On a renforcé le Service d'Assistantes sociales chargées du relèvement et du reclassement social des prostituées;

3° De leur côté les Services de Police ont entrepris une action énergique contre le racolage, et le Procureur de la République a prescrit que toute femme arrêtée pour ce motif serait immédiatement présentée à la visite sanitaire, et hospitalisée le cas échéant avant son transfert au Parquet.

Par ailleurs ces services ont exercé une surveillance plus active des différents lieux publics, en multipliant les rafles qui permettent, sous le prétexte d'examen de situation, de retenir les femmes suspectes pendant 24 heures, délai pendant lequel elles sont soumises à notre examen médical;

4° Le Service Départemental d'Épidémiologie recueille tous les éléments d'information permettant de dépister les foyers de contamination, et suivant les circonstances il agit par lui-même ou fait agir les Services de Police. L'hospitalisation des prostituées reconnues contagieuses est faite dans le cadre de la loi du 31 décembre 1942, mais nous insistons une fois de plus sur le fait que le délai de 24 heures dont bénéficient ces malades a pu permettre à nombre d'entre-elles de se soustraire à l'hospitalisation, ce qui oblige les services à de nouvelles recherches, pas toujours d'ailleurs couronnées de succès. Nous avons déjà signalé à la Commission des Maladies Vénériennes ce retard préjudiciable à l'hospitalisation, et à notre avis il devrait être supprimé en matière de prostitution.

A la suite de 5 mois d'application des dispositions ci-dessus, voici les résultats obtenus :

1° *Visites libres des prostituées.*

Ces visites libres après avoir eu un relatif succès auprès de nos anciennes habituées ont rapidement baissé et alors que nous contrôlions autrefois une moyenne de 600 femmes nous ne contrôlons guère actuellement qu'une vingtaine de « volontaires » !

2° *Essais de relèvement.*

Ceux-ci n'ont donné aucun résultat pratique, sauf dans quelques cas isolés. On se heurte, ainsi que nous l'avons si souvent signalé, à des moyens d'hébergement

insuffisants. Et même le Cartel d'Action Morale qui au cours de discussions antérieures à la loi, nous promettait dans ce domaine monts et merveilles, dûment alerté par nos soins et mis au pied du mur, n'a apporté aucune aide tangible.

Nous avons tenté aussi le reclassement social de certaines femmes, mais la plupart n'ont pu trouver que des emplois de serveuses, entraîneuses, danseuses, qui nous laissent sceptiques sur la qualité définitive de leur redressement.

3° *Reconstitution et transformation de la prostitution.*

Après une période d'adaptation pendant laquelle femmes, souteneurs, proxénètes « prenaient le vent », après le départ de quelques centaines de femmes en Afrique du Nord où la loi n'est pas encore applicable nous voyons de jour en jour se reconstituer la prostitution.

Grâce à la surveillance dans la rue de nuit et de jour, grâce à une répression sévère (depuis octobre 1946, 314 prostituées ont été déférées au Parquet ainsi que 42 souteneurs), le racolage dans la rue ne semble pas avoir augmenté sensiblement, mais, par contre, et malgré toute l'activité d'un service policier qui ne peut être partout à la fois, la prostitution s'étale peu à peu, et sous nos yeux, dans les boîtes de nuit, dans les débits de boissons dont certains s'organisent déjà en véritables lieux de débauche. Du 1er octobre 1946 au 9 mars 1947, au cours des rafles dans ces établissements, 896 femmes ont été appréhendées pour examen de situation et ont été conduites dans nos dispensaires d'examen. Certains patrons de bar ont loué des chambres à des filles dans des conditions d'hygiène faciles à concevoir, et c'est ainsi que dernièrement toute une équipe de footballeurs ont été contaminés par une seule femme serveuse ! dans le café qu'ils fréquentaient.

4° *État sanitaire des femmes.*

Tout d'abord il semble que l'hygiène génitale des femmes amenées à notre visite, après des rafles, laisse nettement à désirer. Les cols sont atteints de cervicite chronique, les sécrétions, si elles ne montrent pas toujours de gonocoques, montrent des flores microbiennes massives et extrêmement diverses. Tout se passe donc comme si l'ensemble du contingent prostitutionnel avait perdu, en même temps que l'habitude des contrôles médicaux réguliers, celle des soins génitaux prophylactiques.

Mais, de plus, le pourcentage des maladies vénériennes constatées chez les femmes arrêtées à la suite de rafles s'est sensiblement augmenté. C'est ainsi que dans le seul mois de février 1947 sur 275 femmes examinées, nous avons trouvé 140 femmes contagieuses qui ont dû être hospitalisées. Le pourcentage de maladies vénériennes est donc de plus de 50 o/o.

A la suite de ces constatations, et sur notre intervention directe, M. le Préfet des Bouches-du-Rhône a déjà pris une série de mesures administratives contre un certain nombre d'établissements qui s'avéraient comme des foyers importants de contaminations.

En conclusion, et en présence de l'évolution de la situation sanitaire parmi les prostituées de fait, si l'on veut éviter, en même temps qu'une recrudescence des maladies vénériennes, que la prostitution ne s'étale un peu partout et même en pleine nature lors des beaux jours prochains, il nous semble qu'il est urgent que des mesures appropriées soient établies sans délai.

Si, à la rigueur, on peut maintenir le principe de la fermeture des maisons, il nous paraît indispensable de rétablir sur des bases strictes et rigoureuses le contrôle sanitaire obligatoire des prostituées.

Les fausses réactions sérologiques chez les donneurs de sang, par A. Tzanck, E. Sidi, G. Bellemare.

Le problème des fausses réactions chez les donneurs de sang est particulièrement troublant et pour notre part nous sommes reconnaissants à M. Touraine de l'avoir soulevé.

Il s'est posé en divers pays. C'est ainsi que Barnad, Rein signalent 0,4 o/o de réactions positives dans ces circonstances (*American Jornal of Venereal diseases*, mai 1946, p. 255).

Chargés du Centre de Transfusion Sanguine de l'Hôpital Saint-Antoine. Nous avons systématiquement pratiqué chez environ 70.000 volontaires la recherche de la syphilis. Mais si dans 1 o/o des cas il nous a été permis de dépister des syphilis passées inaperçues nous estimons que dans le dizième de ces cas, les réactions sérologiques ne sont pas en accord avec la clinique et qu'il y a tout lieu de penser que nous nous trouvons en présence de fausses réactions. Cependant une pareille statistique est très difficile à interpréter en raison du nombre de sujets et du peu de temps consacré à l'étude de chacun d'eux.

Par contre, il existe au Centre de transfusion environ 2.000 donneurs habituels, régulièrement suivis. Or chez ces sujets il n'est pas rare de trouver de façon insolite une réaction positive, le plus souvent moyenne et que rien n'explique.

Le pourcentage de ces cas est de l'ordre de 1 o/oo. Nous nous proposons d'étudier dans le détail chacun de ces cas.

Ce qui est certain, c'est qu'à plusieurs reprises dans le passé, il nous a été donné de conseiller un traitement à de tels donneurs lorsque les réactions étaient positives par toutes les méthodes et à plusieurs semaines d'intervalle.

Nous nous demandons si, à la lumière des faits rapportés par les auteurs américains notre ligne de conduite serait encore la même.

Les fausses réactions sérologiques de la syphilis ; leur intérêt social, par M. A. Touraine.

Mon article : « Examen sérologique et certificat prénuptial » paru dans le *Concours Médical* du 22 février 1947 m'a valu un nombreux courrier, tout d'approbation à l'exception d'une seule lettre assez animée, qui paraîtra, avec ma réponse, dans le numéro du 15 mars du même journal. Est-il besoin de dire que je maintiens tous les termes de cet article; ce n'est pas avec des dénégations gratuites qu'on peut supprimer la réalité et l'importance des travaux de syphiligraphes et de sérologistes notoires de l'Étranger. D'ailleurs deux confirmations de ces faits émanent, très récemment, d'auteurs français, l'une de E. Bernard à propos des pneumonies atypiques, l'autre de Layani pour la mononucléose infectieuse. Les fausses réactions syphilitiques ne sont pas très rares; il faut donc compter sérieusement avec elles dans de nombreuses affections et même chez des sujets sains. Il reste aux contradicteurs à démontrer, sur des faits précis, leur peu de valeur.

Dans ce même article, j'attirais l'attention sur les inconvénients sociaux que peuvent avoir ces fausses réactions lors des enquêtes sérologiques collectives, pour dépister la syphilis, les unes déjà obligatoires (avant le mariage, au début de la grossesse), les autres envisagées par le législateur. On se reportera à ce travail pour trouver un examen plus détaillé de ces inconvénients; je me bornerai ici à les mentionner brièvement.

L'examen sérologique collectif est *insuffisant* car il ne décèle qu'un nombre très restreint de syphilitiques dès que la maladie n'a plus ses manifestations cliniques affichantes (voir les Traités classiques); sur 1.000 syphilitiques à tous moments de leur infection, 45, seulement, d'après Kahn, ont une sérologie positive.

L'examen sérologique est, aussi, *inopérant* car bien peu de candidats au mariage obéiront à ses conséquences désirables, remettront leur union à plus tard et se soigneront auparavant. La plupart iront à l'encontre, de diverses manières, des intentions de la loi.

Enfin, l'existence des fausses réactions peut rendre l'examen sérologique *dangereux* en appliquant indûment le diagnostic de syphilis à des innocents, en les soumettant aux rigueurs d'un traitement qui n'est pas toujours inoffensif ou, tout au moins, en jetant le doute dans l'esprit du malade sur l'intégrité de sa santé, sur la confiance qu'il peut avoir dans son avenir et dans celui du foyer qu'il envisageait.

M. R. Degos. — Aucun médecin ne conteste l'existence de fausses réactions sérologiques. Mais ces fausses réactions nous semblent *tout à fait exceptionnelles*, en dehors de certaines affections exotiques (pian, lèpre). Aussi les pourcentages des statistiques américaines rapportés par M. Touraine, nous étonnent.

Pour ne prendre qu'un point précis, mais en pratique le plus important, celui des virages de séro-réactions après la sulfamidothérapie, ce que nous avons observé n'a aucun rapport avec les chiffres de 20 o/o à 60 o/o qui figurent dans la statistique rapportée par M. Touraine.

Or, il est indispensable de préciser ce fait, car nous traitons un très grand nombre d'uréthrites gonococciques et tous les chancres mous par les sulfamides. Pour les chancres mous, en particulier, le virage de la séro-réaction reste un des éléments capital du diagnostic. Si nous ne pouvons nous fier aux réactions sérologiques dans ces cas de chancres mous, nous serons obligés d'attendre l'éclosion des accidents secondaires qui eux-mêmes peuvent être frustes et passer inaperçus.

Les 38 chancres mous, purs, avec ultra et sérologie négative à l'origine, que nous avons observés dans le service pendant l'année 1946, et qui ont tous été *traités par une sulfamidothérapie locale et générale* à des doses relativement élevées, ont été suivis pendant 3 mois par des examens sérologiques systématiques répétés. *Tous sont restés séro-négatifs*, sauf un cas qui, après la constatation du virage sérologique s'est soustrait à notre surveillance, et qui a été retrouvé deux mois plus tard atteint d'une syphilis secondaire patente.

M. R. Demanche. — Il est incontestable que les réactions sérologiques de la syphilis, comme d'ailleurs toutes les réactions biologiques qui n'ont pas pour objet de déceler directement la présence d'un microbe pathogène, ne possèdent pas une valeur absolue et qu'elles sont susceptibles de donner quelquefois de faux résultats positifs en dehors de la syphilis. Mais ces erreurs du Wassermann sont tout à fait exceptionnelles et pèsent peu en regard de la masse énorme des résultats légitimes dont les épreuves cliniques et thérapeutiques confirment l'exactitude ? Elles ne sauraient jeter le discrédit sur une méthode qui depuis 40 ans a rendu et rend encore chaque jour des services dont aucun médecin ne voudrait se passer.

Je n'en donnerai pour exemple que la mononucléose infectieuse qui a été citée comme une cause d'erreur fréquente du Bordet-Wassermann. Sur un total de 3.100 réactions de Paul et Bunnell que j'ai effectuées à ce jour concurremment avec le Bordet-Wassermann et dont 370, positives, ont confirmé le diagnostic de mononucléose infectieuse, je n'ai trouvé que deux fois des réactions de la syphilis apparemment injustifiées. Encore ces réactions n'étaient-elles que faiblement positives et ne se sont-elles manifestées que d'une façon tout à fait transitoire au cours de la maladie. Elles n'ont donc pas constitué une cause d'erreur effective et elles n'ont été suivies d'aucune sanction thérapeutique.

Pour apprécier justement la valeur pratique des objections élevées contre la sérologie de la syphilis, il faudrait faire d'abord du point de vue technique la critique de résultats qui ont été tirés (sans commentaires) des statistiques les plus diverses. Il ne suffit pas, en effet, pour affirmer la syphilis de constater un léger empêchement d'hémolyse ou une trace de floculation. Il faut que les réactions soient nettement positives, qu'elles soient obtenues par plusieurs méthodes et qu'elles soient persistantes.

Lors même que ces conditions sont réunies, il ne faut pas oublier que les manifestations sérologiques ne sont qu'un des symptômes de la syphilis et qu'aucun symptôme n'est pathognomonique. Si elles sont en désaccord avec les résultats de l'examen clinique, elles doivent, comme tout symptôme, être contrôlées et discutées : contrôlées par de nouvelles épreuves effectuées sur un nouvel échantillon de sang et par un autre laboratoire; discutées par le médecin qui, loin de s'abriter paresseusement derrière elles, doit les confronter avec les autres renseignements qu'il a pu recueillir et qui seul a le droit d'en tirer des conclusions pratiques.

Sous ces conditions, les méthodes sérologiques conservent toute leur valeur. Elles ne constituent nullement un danger social. Elles ne le deviendraient qui si on cher-

chait en les détournant de leur rôle normal, à en faire un procédé de diagnostic isolé, automatique et aveugle.

M. Lortat-Jacob. — Puisque je suis l'auteur de cet article auquel M. Touraine fait allusion, je tiens à préciser que je n'ai pas communiqué cet article à M. Touraine avant de le publier, puisque ce n'était pas une *lettre* adressée à lui, mais bien un article qui cherchait à calmer le trouble que M. Touraine avait jeté dans l'esprit des praticiens en parlant de l'extrême fréquence de « fausses réactions de la syphilis », en s'appuyant uniquement sur des statistiques américaines.

M. Touraine n'accepte pas mes « dénégations gratuites » mais accepte sans réserve, ni contrôle, les statistiques américaines or, et c'est le point sur lequel j'insiste, les Américains n'ont souvent pratiqué que des réactions de floculation et souvent même une seule réaction : réaction de Hinton sur 22 varicelleux, réaction de Kahn sur 95 vaccinés, 48 réactions de Meinicke après des cures sulfamidées.

Le pourcentage des fausses réactions positives atteint alors des chiffres inconnus en France. C'est ainsi que pour Moore la mononucléose infectieuse entraînerait 20 o/o de fausses réactions, or M. Demanche vient de spécifier que sa statistique, portant sur 370 réactions de Paul et Bunnel *positives*, ne lui a montré que *deux* réactions de la syphilis apparemment injustifiées, et ces réactions n'étaient que faiblement positives. Nous sommes loin des 20 o/o de Moore, et rien ne prouve que ces deux malades n'avaient pas une syphilis latente.

Quant au virage des réactions des donneurs de sang, M. Tzanck vient de nous dire qu'il n'en relève que 1 o/oo et encore avec des réactions faiblement positives.

Tous les syphiligraphes admettent la possibilité des fausses réactions, mais elles sont *exceptionnelles* si on veut bien s'entourer de toutes les précautions élémentaires d'une sérologie bien faite, à savoir : l'association de plusieurs méthodes, floculation et hémolyse.

Il est intéressant de connaître ces faits, mais non de les rappeler aux praticiens, car ils sont trop rares pour qu'ils puissent entrer en ligne de compte dans la pratique courante.

A la suite de cette discussion, les membres présents de la société votèrent les conclusions suivantes :

Pour éviter les malentendus qui pourraient se produire dans l'esprit des médecins non spécialistes et des malades, au sujet de l'interprétation des résultats des séro-réactions, à la suite de travaux récents étrangers et français, et des discussions qui ont eu lieu à la Société de Dermatologie, la Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie croit de son devoir d'émettre les conclusions suivantes:

Les résultats de laboratoire, en général, et les séro-réactions, en particulier, ne sont que des « signes » qui doivent être confrontés avec la clinique et discutés à la lumière de cette clinique.

Il ne faut donc pas faire d'équation simpliste et croire : qu'une séro-réaction positive, toujours syphilis; et inversement qu'une séro-réaction négative, absence de syphilis ou syphilis guérie.

1° Une séro-réaction positive peut, *par exception*, n'être pas syphilitique. Les causes d'erreur, autrement dit de séro-réactions faussement positives, sont, dans la plupart des cas, bien connues et il est facile de les éviter : souvent dans les maladies tropicales (pian, lèpre, paludisme, etc...); rarement dans les infections aiguës graves (pneumonie, scarlatine, rhumatisme, etc...); exceptionnellement dans les infections bénignes (érythème polymorphe, herpès, etc...); vaccinations, chimiothérapies, anesthésies, maladies cachectisantes, etc... Le pourcentage d'erreur dans la mononucléose infectieuse, les sulfamidothérapies est variable, suivant les auteurs.

A côté de ces exceptions bien connues, il existe des cas difficiles à interpréter, notamment chez la femme enceinte ou nourrice, chez les donneurs de sang, heureusement très rares.

Donc, devant une séro-réaction positive « surprise », il ne faut pas se hâter de

conclure à la syphilis, ni surtout mettre le malade dans le long engrenage du traitement. Il faut étudier le problème cliniquement par les antécédents familiaux et personnels, et surtout refaire des séro-réactions en série, par plusieurs techniques, et les répéter dans le temps en se méfiant des réactions actuelles de floculation, car les antigènes actuels, surtout de Meinicke, sont, pour la plupart, imparfaits.

Si, pour des raisons d'urgence, on juge prudent de faire un traitement antisyphilitique en pareil cas, il faut prévenir que ce traitement n'est qu'un traitement d'épreuve.

2° En effet, une séro-réaction négative peut exister dans une syphilis en activité. Donc, devant une séro-réaction négative, il ne faut ni rejeter le diagnostic de syphilis, ni conclure, sur ce seul signe, à la guérison de la syphilis et à l'arrêt du traitement.

En résumé, les séro-réactions, qui ont constitué un très grand progrès pour le diagnostic de la syphilis et la surveillance des traitements, conservent la plus grande valeur et restent indispensables; mais il ne faut pas oublier leurs imperfections qui, répétons-le, sont exceptionnelles après la suppression des causes d'erreurs connues; il faut que ce soit le clinicien qui discute leur interprétation.

Les tests cutanés dans les mélanodermies réactionnelles, par MM. A. Tzanck, Mlle Dobkevitch et Fitschgrun.

Décrite par Riehl en 1917. Considérée comme une carence due à des restrictions alimentaires de temps de guerre, subordonnée à des viciations endocrines et notamment surrénales, rapportée à des troubles digestifs, à un état nerveux, il y a tout lieu de voir en elle, comme l'avait déjà pensé Milian, une dermite artificielle à des produits divers, mais plus encore, à notre sens, à des produits de beauté.

La pratique des tests cutanés en apporte dans bien des cas la preuve quasi-expérimentale.

Nous avons, au cours de ces deux dernières années, pu suivre 19 cas de ces « mélanoses de Riehl ». 15 d'entre eux ont pu être étudiés de ce point de vue. Nous avons pu obtenir 9 tests positifs et un douteux; cinq seulement sont restés négatifs. Ce pourcentage n'est guère inférieur à celui que nous obtenons dans les autres dermites artificielles. Et cependant il y a lieu de tenir compte des difficultés que nous éprouvons à réunir expérimentalement toutes les conditions nécessaires à cette réaction, durée d'application suffisante, exposition à la lumière, etc....

On peut donc considérer cette affection comme une pigmentation réactionnelle à classer tout auprès des autres dermites artificielles, érythémateuses, folliculaires, eczémateuses. Et de fait, ces types divers de réaction peuvent soit précéder la pigmentation (érythème, prurit), soit l'accompagner, telles les folliculites particulièrement fréquentes avec les huiles; celles-ci s'observent chez les tourneurs d'obus (Thibierge); ce sont alors ces mélanodermies toxiques de Hoffmann et Habenman.

La pigmentation peut revêtir l'aspect d'une poïkylodermie réticulée pigmentaire décrite par Civatte; terme qui crée la confusion avec la poïkylodermie de Jacobi-Petges dont elle doit être soigneusement séparée, car elle est, comme les réactions précédentes, régressive, et ne s'accompagne jamais du cortège dystrophique qui s'observe dans la poïkilodermie (dermato-myosite, concrétions calcaires, etc...).

En bref, nous savons désormais qu'il s'agit là de mélanodermies pigmentaires consécutives à des rectogènes.

Nous savons qu'elles guérissent lentement par la suppression de ces substances.

Mais nous ne savons pas pourquoi certains sujets font plus volontiers des mélanodermies et non des dermites érythémateuses banales, et c'est à ce titre qu'interviennent probablement les divers facteurs poussés au premier plan par certains auteurs, carences, alimentation, endocrines, état nerveux, encore que les résultats obtenus en suivant ces directives ne sont atteints que si l'on supprime l'irritation locale.

Nous ne savons pas non plus pourquoi certaines substances, tels les hydrocarbures, les huiles, les parfums sont plus électivement mélanogènes. Il est possible que l'analyse expérimentale des divers facteurs qui interviennent chimiquement nous fournisse, également par la pratique des tests, la clef de ce mystère.

A propos de l'article du Docteur Touraine, sur « Examen sérologique et certificat prénuptial », par M. P. Giacardy de Tarbes.

La grande autorité du Dr Touraine confère à son article (1) une exceptionnelle importance en raison de son opposition aussi formelle que circonstanciée à la sérologie systématique chez les futurs conjoints.

La rigueur de son réquisitoire ne semble guère laisser de chances à la thèse de défense que nous avons cependant de dessein de soutenir dans une étude prochaine, à la suite d'un certaine nombre d'enquêtes de dépistage sérologique avec confrontation clinique. Ce n'est ici qu'un simple exposé préliminaire.

Certes la relativité du test sérologique est indiscutable, qu'il s'agisse de syphilis avérée mais latente à sérologie négative, qu'il s'agisse de fausses positivités dont les causes sont connues soupçonnées ou indéterminées. Mais à notre sens, ce qui importe dans une mesure d'ordre essentiellement collectif, c'est de connaître, sinon le chiffre absolu, du moins l'ordre de fréquence du faux témoignage sérologique. Car il s'agit ici du procès de toute la médecine préventive qui repose essentiellement sur la radiologie et la sérologie. Si ces deux modes d'investigation n'ont que des défaillances exceptionnelles, ils conservent sur le plan collectif une indiscutable valeur. Sinon, ils constituent, sans défense possible, une servitude inutile et dangereuse. On voit la gravité du problème alors qu'il s'agit d'une mesure actuellement en application.

Le Dr Touraine admet la proportion de un pour mille de fausses positivités, soit quarante mille pour l'ensemble de la population française. Certes, ce total est impressionnant, mais il est bon de faire remarquer que le chiffre total des examens sérologiques prénuptiaux seuls exécutés actuellement d'une façon systématique sur le plan national, ne dépasse pas un million par an, ce qui à cet indice donne un contingent de mille fausses positivités. Et il est logique de penser que la sérologie sociale ne sera généralisée en fait que si cette épreuve au banc d'essai est concluante. Il n'en est pas moins vrai que cette proportion de réponses erronées hypothéquerait lourdement la méthode s'il n'était possible de les éviter. Contrairement au Dr Touraine, nous pensons qu'elles peuvent être réduites sinon en totalité, du moins dans une importante proportion. En effet, un résultat sérologique peut être faux par erreur de technique ou d'identité, mais aussi parce qu'il s'agit de sérums instables, sensibles à la moindre variation, pour des causes indéterminées. Ce sont des « sérums girouettes ». Or, il est exceptionnel que ces positivités soient constantes, lors d'un contrôle comparatif entre plusieurs laboratoires pratiquant simultanément sur le même sérum plusieurs réactions. Dans la grande majorité des cas, la rigueur de cette épreuve dévoile les fausses positivités.

Cette notion pratique essentielle résulte d'une enquête sérologique très serrée à laquelle nous avons officiellement procédé sur un personnel de trois mille personnes dans une usine de Tarbes, et que nous poursuivons sur un nouveau contingent de deux mille personnes. La proportion des fausses positivités est dans nos statistiques de cinq pour mille examens de dépistage, alors que le Dr Touraine indique seulement le chiffre de un pour mille. Mais nous pensons que l'inter-contrôle systématique comparatif suivant des modes adaptés aux conditions locales permet de neutraliser de façon presque certaine les écarts de la sérologie.

C'est d'ailleurs ainsi que fonctionne dans les Hautes-Pyrénées le Service Séro-

(1) *Concours médical*. Dr Touraine. Examen sérologique et certificat prénuptial, paru le 22 février.

logique prénuptial assuré par notre équipe de trois laboratoires privés conjugués en équipe sur le plan de la sérologie sociale.

En dernière analyse, tout se résume à un problème d'organisation de la sérologie sociale, basé sur le contrôle systématique entre laboratoires. C'est à cette condition, et à cette condition seulement que vivra la sérologie sociale, et il serait infiniment dommage qu'elle disparut, car elle nous paraît d'une particulière efficacité à en juger par les confrontations cliniques que nous avons faites, à la suite du dépistage biologique.

Nous pensons en terminant que l'article du Dr Touraine, outre la richesse de sa documentation est d'une grande opportunité; nous devons remercier son auteur, car il attire l'attention sur une des questions les plus graves à tous égards de la médecine préventive.

Traitement surintensif de la syphilis récente. Résultats sérologiques, par M. A. Touraine.

Voici les résultats des examens sérologiques de 57 des malades qui ont été traités en novembre, décembre 1946 et début de janvier 1947 par le traitement surintensif tel que je vous l'ai exposé lors de la dernière séance.

1° Examens précoces (1 à 5 jours après la dernière injection de pénicilline, c'est-à-dire à peu près au milieu du traitement par arséno et bivatol quotidiens). 6 malades (non revus ultérieurement) : 1 seul devenu négatif dès le 2e jour (chancre séropositif) ; 2 devenus faiblement positifs en 1 et 3 jours (syphilis secondaires séropositives) ; 3 autres restés fortement positifs en 3, 4 et 5 jours (syphilis secondaires séropositives).

2° Examens différés (pratiqués au début du premier traitement d'entretien, c'est-à-dire 35 à 70 jours après la dernière injection de pénicilline [3.200.000 U. sauf dans un cas à 1.600.000 U.] [donc 27 à 62 jours, en moyenne, après la dernière injection d'arsenic et de bismuth]. 51 malades : a) *8 syphilis primaires séronégatives* : 7 sont restées négatives du 31e au 54e jour ; 1 a fait un crochet subpositif le 11e jour et était négative le 31e ; b) *9 syphilis primaires séropositives* : 6 négatives 39 à 60 jours plus tard, 2 encore faiblement positives en 45 à 54 jours, 1 restée fortement positive en 35 jours ; c) *25 syphilis secondaires séropositives* : 14 négatives 28 à 73 jours plus tard, 8 encore faiblement positives 21 à 47 jours plus tard, 3 restées positives en 13, 19 et 36 jours (cette dernière après 1.600.000 U.) ; d) *9 syphilis anciennes séropositives* (latentes ou viscérales) : 4 négatives 37 à 67 jours plus tard, 3 encore faiblement positives en 35, 39 et 78 jours (cette dernière sans arsenic) 2 restées fortement positives, dont une chez un ictérique de 33 ans (70 jours après une première série de pénicilline et 58 jours après une seconde). La dernière mérite une mention particulière : femme de 36 ans, sérologie (en ville) fortement positive à l'occasion de l'examen prénuptial ; dans le service, Bordet-Wassermann, Hecht et Kahn fortement positifs, le même jour dans le laboratoire du Pr Gougerot, Bordet-Wassermann et Hecht négatifs, Kahn légèrement positif ; liquide céphalo-rachidien normal ; après la troisième injection de 0 gr. 01 de cyanure, sérologie faiblement positive dans le service ; série de 3.200.000 U. de pénicilline (400.000 par jour) et de 19 injections quotidiennes de bivatol, 67 jours après la dernière piqûre de pénicilline toutes les réactions sont fortement positives. Pour ces deux observations (seules exceptions à la négativité dans les temps voulus), et surtout pour la dernière, on peut se demander s'il ne s'est pas agi de « fausses réactions positives », d'autant plus que ni l'un ni l'autre de ces deux malades ne présentait ni commémoratif ni signes de syphilis.

En conclusion, la sérologie, après traitement surintensif selon ma méthode, est restée négative quand elle était négative initialement. Dans les syphilis récentes séropositives, elle a commencé à virer du 20e au 40e jour, en général, après la dernière injection de pénicilline et s'est montrée négative dans la 6e à la 8e semaine. Ces délais doivent être raccourcis d'une semaine, en moyenne, si au lieu de se reporter à la dernière injection de pénicilline, on compte à partir de la fin du traitement arsenico-bismuthique quotidien qui, on se rappelle, est continué une huitaine de jours après la pénicilline dans la grande majorité des cas.

Eczéma du chêne, par M. A. Touraine et Mlle Lambergeon.

♂ de 46 ans. Première poussée en novembre 1939, le lendemain d'une chasse à travers les bois de chêne de son pays natal, en Corse. Aucun traitement ne l'améliore, mais guérison par changement de résidence. Dès lors, des poussées identiques se répètent à chaque exposition au bois de chêne, de plus en plus violentes malgré un contact de plus en plus minime. Au début, il lui fallait séjourner plusieurs heures dans les bois, scier du chêne, s'asseoir ou poser les pieds sur des billots de chêne (dans ces cas avec localisation aux fesses, aux organes génitaux, aux pieds) pour provoquer une poussée. Plus tard, il lui suffira de passer dans les bois, d'assister à la coupe d'un chêne ou même, enfin, de passer une journée dans son village, voisin de la forêt.

Nous voyons ce malade en décembre 1946 pour une nouvelle poussée, à la suite d'une partie de chasse dans une forêt de chênes dans l'Yonne. C'est un homme de bonne santé générale, petit, nerveux, leptosome. Son père avait, lui aussi, de l'eczéma du chêne ; un frère, un grand-oncle paternel ont de l'asthme, deux autres frères un herpès récidivant de la fesse. Il présente une dermite aiguë érythémato-squameuse, légèrement œdémateuse de la face et des organes génitaux.

Nous lui demandons de nous apporter quelques morceaux de bois de chêne de son pays. Il revient quelque temps plus tard avec son petit colis et une nouvelle poussée due au simple fait de l'avoir porté. De ce chêne sont tirés des extraits éthérés, alcooliques ou aqueux, totaux ou d'écorce ou d'aubier ou de cœur. Seules sont nettement positives les épidermo-réactions faites avec les extraits totaux et ceux d'écorce.

Nous essayons de désensibiliser ce malade par des injections à doses croissantes d'extrait aqueux tyndallisé d'écorce. Les résultats paraissent favorables car, après la deuxième injection, cet homme a pu recevoir et scier du chêne chez lui, en faire du feu, sans apparition d'eczéma, alors que chacune de ces actions suffisait à provoquer une poussée.

Traitement du lupus érythémateux par des injections sclérosantes dermiques, par M. Jean Meyer.

Nous traitons depuis quelques mois les lupus érythémateux par des injections sclérosantes. La solution choisie est la quinine urée à 5 o/o couramment utilisée par ailleurs dans les angiomes. La cinchonine-urée à 5 o/o que fournit l'A. P. en place de quinine, est aussi efficace et a été parfaitement tolérée par les adultes. Ces substances sont anesthésiantes, mais assez lentement. Nous mélangeons 4 centimètres cubes avec 1 centimètre cube de novocaïne à 5 o/o légèrement adrénalinée. La piqûre est plus ou moins douloureuse selon les régions, mais la douleur ne dure que quelques secondes, et il est généralement possible de piquer dans la boule d'œdème du coup d'aiguille précédent.

Il est nécessaire d'injecter la goutte sclérosante aussi superficiellement que possible. C'est très difficile dans une plage atrophique : tantôt le tissu boit le liquide, sans qu'on arrive à le gonfler, tantôt une zone résistante ne se laisse pas infiltrer et le rejette le long de l'aiguille.

Lors de la 2e séance, l'injection devient relativement facile. Nous en faisons 3 ou 4, espacées d'une à deux semaines, en chaque point. Chaque placard doit être totalement infiltré, en débordant la périphérie érythémateuse de 2 millimètres environ. Il est bon d'employer une aiguille de 4/10e en acier inoxydable.

Les cônes cornés ne tombent pas toujours spontanément. Il peut falloir les racler à la curette mousse ou à la compresse, en profitant de l'anesthésie obtenue lors de la 2e ou de la 3e séance.

Les inconvénients de la méthode sont :

de petites escarres, du reste exceptionnelles, très superficielles, et dont la cicatrice se perd dans celle du lupus ;

l'œdème que déterminent quelques piqûres, au voisinage des paupières inférieures, et qui peut persister 3 jours ;

la possibilité de récidives en couronne autour du placard injecté. Cette éventualité existe avec toutes les méthodes de traitement et rend nécessaire un certain dépassement périphérique de la zone érythémateuse.

Les injections sclérosantes sont bien moins pénibles et plus efficaces que la cryothérapie. Les réactions sont moins violentes que celles des étincellages, énergiques, et plus efficaces que celles des étincellages superficiels. On a intérêt à l'associer au Bucky, qui reste la méthode de choix pour des placards limités de 1 à 2 centimètres de diamètre, en l'appliquant aux petits essaimages et aux récidives.

Il est bien évident que cette méthode n'empêche pas de recourir aux traitements généraux.

Dermatose de sensibilisation par action combinée de deux substances, par M. Hissard (Caen).

Dans une communication faite ici-même, en juillet dernier, j'attirais l'attention de la Société, à propos d'un cas de dermatose due à la camomille, sur les difficultés que suscitent les problèmes de sensibilisation : le hasard, l'investigation inductive ou déductive permettent parfois la découverte de l'antigène responsable et d'en administrer la preuve expérimentale. C'est un cas relativement simple, il s'agit d'une équation à une inconnue. Mais, il est des cas, et peut-être sont-ils les plus nombreux, où l'on flaire, qu'on me passe l'expression, la sensibilisation et où l'on isole un antigène; celui-ci supprimé, la dermatose guérit et ne se reproduit plus; et pourtant, la démonstration expérimentale est impossible à réaliser. Comment expliquer cette singularité ?

L'observation que j'ai l'honneur d'apporter aujourd'hui va permettre, je crois, de lever un petit coin du voile. Si elle ne donne pas la clé de tous les cas particuliers, elle autorise toutefois, je pense, à tenter une explication de certains complexes de sensibilisation.

Le 25 juillet 1939, chez une jeune fille de 20 ans, qui, jusqu'alors n'avait présenté aucune dermatose, je constatai une éruption érythémato-vésiculeuse et prurigineuse disséminée sur le ventre, le visage et les mains, ayant débuté par le ventre quinze jours auparavant.

Je pensai à une dermatose de sensibilisation. Je fis porter mon interrogatoire sur les vêtements et les sous-vêtements ; je ne pus rien trouver. A la vérité, la robe usagée que portait la malade avait été reteinte en marron, mais depuis plusieurs mois. Je ne songeai pas à l'incriminer. Je prescrivis un traitement banal et en 15 jours les lésions furent guéries.

En décembre de la même année, je revis cette jeune fille pour la même raison. Cette fois, elle venait au début de l'éruption. Celle-ci siégeait uniquement sur le ventre ; elle dessinait une bande érythémato-vésiculeuse, de la largeur d'une main environ et exactement à la ceinture. J'étais de plus en plus enclin à penser qu'il s'agissait bien d'une dermatose de sensibilisation. Je dirigeai à nouveau mon interrogatoire dans le même sens que la première fois : cette jeune fille avait les mêmes vêtements. Ce fut sans succès.

J'étais littéralement découragé, car j'avais l'intuition que la robe teinte était la cause de cette dermatose. Tandis que je réfléchissais sur mes perplexités, j'observais la jeune fille se rhabiller. Comme elle soulevait son imperméable pour nouer les cordons intérieurs, je constatai que l'imperméable était mouillé à l'intérieur. J'eus à ce moment l'impression que je tenais la clé du mystère.

Séance tenante, je coupai un morceau de robe teinte et un morceau d'imperméable. Je fixai, avec du sparadrap, sur le bras gauche, une bande de la robe teinte, plus bas, une bande de l'imperméable, plus bas encore, une bande de la robe, et par-dessus, une bande d'imperméable. La jeune fille revint deux jours après.

Sous le morceau de robe seule, il n'y avait rien. Sous le morceau d'imperméable seul, il n'y avait rien. Sous l'ensemble robe, imperméable il y avait un placard érythémato-vésiculeux prurigineux. La preuve expérimentale était faite.

Quelle est la cause exacte de cette sensibilisation ? Je n'en sais rien. Est-ce la teinture de la robe entrant en combinaison avec le soufre que contient le caoutchouc ? Je ne puis rien dire. Ce que je sais seulement, c'est que la combinaison des deux étoffes est nécessaire à la réalisation de la dermatose. Il s'agit là d'une équation à deux inconnues.

Quel enseignement tirer de cette observation ? A mon avis, elle aide à comprendre les cas de sensibilisation où la suppression d'une cause, qui ne fournit pas sa preuve expérimentale, amène pourtant la guérison. On a trouvé une cause, mais il existe sans doute une ou plusieurs autres causes adjuvantes et c'est ce qui explique l'échec expérimental. Qu'on me permette une comparaison avec les facteurs mendéliens. On sait que certain d'entre eux ne peuvent manifester leur activité que sous l'influence d'un facteur dit conditionnel. N'en serait-il pas ainsi pour beaucoup de maladies de sensibilisation ? N'y aurait-il pas des antigènes conditionnels ? et, de même qu'il peut exister pour un seul facteur mendélien plusieurs facteurs conditionnels, n'y aurait-il pas des cas de sensibilisation qui relèvent de causes multiples et associées ? Si cette hypothèse était vraie, et je la crois vraisemblable, elle ferait entrevoir l'infinie complexité des problèmes de sensibilisation en même temps qu'elle expliquerait notre impuissance à résoudre ces équations à plusieurs inconnues.

Gliome ostéo-hypertrophique, par MM. Marceron, Duperrat, Claoué et Portret.

M[lle] C..., 18 ans, bon état général et famille saine, présente un membre inférieur droit d'aspect éléphantiasique depuis l'âge de 19 mois. Évolution progressive avec allongement démesuré du squelette correspondant.

Examen. — Jambe énorme, cylindrique, très allongée, la tumeur remontant à mi-cuisse (tour de cuisse : à droite 45 centimètres, à gauche 43 cm. 5 ; tour de mollet : à droite 40 centimètres, à gauche 35 cm. 5 ; longueur de cuisse : à droite 50 centimètres, à gauche 47 centimètres ; longueur de jambe : à droite 44 centimètres, à gauche 35 cm. 5 ; allongement total, 11 cm. 5). Consistance lobulée ferme, pas de peau d'orange, pas d'angiome caractérisé, pas de varices, atrophie du système pileux. Vaste nævus plan, pigmentaire assez pâle occupant la moitié de la face postérieure du mollet. Quelques nævi lenticulaires plus colorés çà et là sur le corps. Pas de limitation des grands mouvements articulaires. Déformation en marteau des orteils droits. Radio révélant l'importance de l'allongement, l'épaississement des os longs, la déformation des os courts, la netteté des travées osseuses et leur désordre relatif, l'irrégularité des contours sans exostoses flagrantes, des filets de condensation osseuse. Réflexes difficiles à apprécier. Examen électrique : hyperesthésie cutanée. Tendance à la diffusion du courant. Hypoexcitabilité faradique et galvanique sans inversion. Prédominance jambe et pied. Sciatique inexcitable au faradique, hypoexcitable au galvanique.

La malade ayant consulté dans le désir d'une réparation esthétique, il est décidé d'une exploration pour se rendre compte des possibilités opératoires surtout du point de vue vascularisation :

Découverte dans région malléolaire d'un réseau serré de cordons pleins, de consistance scléreuse, très anastomosés, très peu vascularisés et dont la section ne laisse sourdre aucun liquide. A l'histologie : Gliome.

Le syndrome est donc caractérisé par une tumeur gliomateuse, une hypertrophie osseuse surtout « allongeante », un nævus pigmentaire, des troubles de la conductibilité neuro-musculaire. Il semble se placer entre les formes décrites par Klippel-Trenaunay et Parkes Weber (qu'il n'est pas puisque manque l'angiome) et le nécrome plexiforme du Recklinghausen (éléphantiasis nevromateux) dans lequel ne semble pas décrit l'allongement osseux.

Eruption seconde ou allergides dermatophytiques au cours d'un important sycosis parasitaire, par MM. J. Casabianca et P. Temime (Marseille).

L'observation que nous venons rapporter présente, nous semble-t-il, un certain intérêt lié à l'importance de l'éruption seconde apparue au cours d'un sycosis parasitaire, dont l'étendue pourrait à elle seule constituer une particularité notable.

Boulanger de 38 ans, habitant la grande banlieue, chez lequel l'interrogatoire n'a relevé aucune piqûre septique, aucun traumatisme antérieur ; on note seulement, un mois avant la maladie, le contact avec un chien de chasse porteur de « boutons » sur le museau. Ces « boutons » étaient-ils mycosiques ?

Le 24 décembre 1946, apparition sur le menton d'un « bouton de fièvre » reposant sur une base érythémateuse ; prurit. Rapidement, en 2 jours, le menton, puis toute la région de la barbe sont envahis par des papules saillantes, rouges, prurigineuses, qui deviennent douloureuses et lancinantes. La face s'œdématie. Un état subfébrile s'installe avec anorexie et asthénie

A son entrée dans le Service, le 31 décembre 1946, le malade a 39°. La face est notablement œdématiée et présente un sycosis très important, étendu à tout le territoire de la barbe, mais respectant la région des narines et de la moustache, signe différentiel classique permettant souvent d'écarter l'origine staphylococcique. Le diagnostic de sycosis parasitaire s'impose : le menton, les joues, les régions sous-mentonnière, latéro-cervicales sont le siège d'éléments saillants, bourgeonnants, nodules profonds, dermiques, rouge-violacé, semblables à des bourgeons charnus ; sur ces nodules règne une suppuration discrète, que l'on voit sourdre par les orifices folliculaires dilatés dont le plus grand nombre a déjà éliminé ses poils parasités.

Le malade est soumis à un traitement local par pulvérisations et reçoit 1.000.000 d'U. de pénicilline intra-musculaire. Pendant les dix jours de pénicillothérapie, la courbe thermique reste élevée, entre 37°4 et 38°7, tandis que les lésions nodulaires ne sont que légèrement nettoyées de leur état suppurant. Il n'est pas possible de parler d'une amélioration ni locale, ni générale. L'extériorisation des nodules est telle que la comparaison avec un « gateau placentaire » n'est pas déplacée.

Le 10 janvier 1947, en cours de traitement par la pénicilline, nous sommes frappés par l'importance d'une éruption seconde, disséminée, semblant coïncider avec une poussée fébrile à 38°9. Cette éruption seconde est faite d'une part de nodules rouges, vineux, sur la partie supérieure de l'hélix, symétriques, d'un semis de papules tuberculoïdes, évoquant l'aspect du lichen scrofulosorum, sur la face latérale du bras gauche, sur l'avant-bras et la face antérieure du poignet droit, sur les régions péri-scapulaires, d'autre part de plaques cyanotiques, tendues, douloureuses, du type de l'érythème induré de Bazin sur les régions péri-malléolaires des jambes.

Devant l'échec de la thérapeutique pénicillée, le malade est soumis au classique traitement antimycosique. Pendant les jours qui suivent, la température descend régulièrement et se maintient autour de 37°, et on assiste à l'amélioration plus rapide des lésions secondes que du sycosis lui-même.

Le 4 février 1947, soit après 15 jours de traitement iodo-ioduré *per os* et *in situ*, nous pouvons noter la rétrocession presque complète des « allergides cutanées ». Seules persistent au niveau du bras gauche quelques traînées érythémateuses, légèrement squameuses, sur le poignet droit une macule érythémato-pigmentée ; sur les jambes, il ne reste aucune trace des plaques indurées. Quant au sycosis, presque entièrement guéri, il ne laisse voir que quelques papules plates résiduelles, de consistance dure, fibreuses, d'aspect presque chéloïdien, sèches, éparses et rares sur le menton et le cou.

Ainsi au cours d'un sycosis parasitaire important, pour lequel nous n'avons malheureusement pas pu pratiquer le contrôle mycologique, ni étudier les réactions à la trichophytine, nous avons pu noter plusieurs faits : l'échec attendu de la pénicilline sur les lésions locales et sur la courbe fébrile, l'apparition d'une éruption seconde avec, pour employer l'heureuse expression du Pr Gougerot, des « allergides cutanées » nombreuses et de différents types morphologiques. Les allergides parasitaires ont guéri sous l'influence du traitement iodo-ioduré plus rapidement que le sycosis.

Nouveaux traitements locaux de l'acné aux Etats-Unis, par Mme Regnault, présentée par le Dr Tzanck.

Parmi les nombreux traitements locaux que les dermatologistes américains emploient contre l'acné, les plus intéressants sont, outre les rayons X : la « Tyrothricine-intraderm », le « Sulfur-intraderm » et le peeling au phénol.

Un nouveau véhicule appelé : « intraderm » ou « base pénétrante » a été étudié depuis quelques années par les dermatologistes des États-Unis qui ont montré histologiquement sa pénétration dans la peau par l'appareil pilo-sébacé jusqu'au

derme pour être ensuite diffusé vers l'épiderme, formant un véritable circuit à travers la peau. Il est employé en association avec de nombreux médicaments et en particulier la gramicidine, le soufre, la novocaïne, etc....

La Tyrothricine (tyrocidine et gramicidine) agit contre toutes les infections de la peau à pyogènes banaux; appliquée sous forme de lotion ou de pommade 2 à 3 fois par jour pendant environ 2 semaines, elle constitue le premier temps du traitement de l'acné.

Une fois l'infection atténuée on emploie le soufre (sulfur-intraderm) associé également à une base pénétrante :

soufre (sous forme de sulfures et polysulfures)	0,75
+ alkyl (1) benzène-sulfonate de sodium	
antipyrine	5,4
triéthanolamine	10
propylène glycol	56
eau qsp	100

appliqué une fois par jour, puis 2 ou 3 fois, s'il est bien toléré ce liquide donne un état érythémato-squameux du tégument. En moyenne l'acné est très amélioré dès la 3e semaine et disparaît entre le 2e et 4e mois de traitement.

Si après ce 2e temps du traitement de l'acné il persiste des cicatrices, on peut en un 3e temps traiter par le peeling au phénol concentré (80 o/o) : l'application ne doit pas durer plus de 90 secondes, le malade doit ensuite garder la chambre pendant une semaine.

Avec ce traitement de l'acné les statistiques américaines notent 5 o/o d'échecs ou de rechutes, un cas sur 200 d'intolérances. Les essais que nous avons pu faire dans le Service semblent confirmer ces résultats très encourageants.

ÉLECTIONS

Le Pr José May (de Montevideo) est élu membre d'honneur étranger.

Sont élus membres correspondants étrangers : M. O. Canizares, de New-York; Pr Crosti (Italie); Pr Balbi (Italie).

Le Secrétaire de séance :
E. Lortat-Jacob.

(1) Alkyl : radical provenant d'une substance hydrocarbonée aliphatique qui a perdu un atome d'H.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE FILIALE LYONNAISE

SÉANCE DU SAMEDI 26 AVRIL 1947

CLINIQUE DERMATOLOGIQUE — HOPITAL DE L'ANTIQUAILLE

Présidents : Professeur J. Gaté et Docteur Civatte

SOMMAIRE

Allocution du Pr Gaté.

La Filiale Lyonnaise de la Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie, que nous avons créée avec le Pr J. Nicolas, est née en 1928. A cette occasion, dans une séance, dont vous avez tous gardé le souvenir et dont de nombreuses photographies de cette salle sont les témoins, la vieille école de l'Antiquaille rece-

vait des hôtes illustres. Depuis lors, notre Société a toujours eu une constante activité dont nous sommes justement fiers et qui pour s'être ralentie quelque peu pendant la dernière guerre et les tristesses de l'occupation ne s'est pour autant jamais arrêtée. Elle continue aujourd'hui, comme par le passé, et je suis certain que la Société mère, la Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie, n'aura jamais à rougir de sa filiale lyonnaise.

La cérémonie qui cet après-midi nous réunira autour de notre Maître et Ami, le Pr M. Favre, nous vaut ce matin le très grand plaisir de compter parmi nos hôtes, nos excellents Collègues et Amis, le Pr Bizzozero et le Dr Midana de Turin, le Dr Civatte, les Prs Margarot, Nanta et Watrin ainsi que Mme le Dr Eyraud-Dechaux. Qu'ils me permettent de les accueillir très cordialement et de leur dire toute la joie que nous éprouvons à les voir parmi nous. Je salue globalement aussi, comme de vieux amis et comme nos fidèles de toujours, nos Collègues de Lyon et des villes voisines, qui viennent régulièrement à nos séances et nous apportent avec leur amitié, le fruit de leurs observations et de leur expérience. A tous, je dis cordialement merci. J'ouvre de suite cette séance, et je prie notre excellent Collègue et Ami, le Dr Civatte, Président d'Honneur de la Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie, de bien vouloir venir occuper le fauteuil de la présidence.

PRÉSENTATIONS DE MALADES

Parapsoriasis lichénoïde, par MM. J. Gaté, J. Racouchot, J. Coudert et C. Ollagnier.

Malade de 55 ans présentant depuis plus de 20 ans des lésions cutanées qui par leur aspect objectif, leur longue durée, leur fixité, l'absence de prurit et les résultats de la biopsie imposent le diagnostic de parapsoriasis lichénoïde.

Nævus pigmentaire et verruqueux géant de la région occipitale chez un tout jeune enfant avec explosion de nævi tubéreux et pigmentaires multiples. Maladie nævique, par MM. J. Gaté, J. Coudert et Mlle Lanternier.

Il s'agit d'une enfant de 2 ans qui depuis l'enfance présente un nævus pigmentaire et verruqueux occupant toute la région occipitale. Depuis quelque temps apparition sur le tronc et sur les membres de lésions plus ou moins volumineuses, arrondies, tubéreuses et pigmentaires. Cette explosion, de même que l'ulcération du nævus initial en plusieurs points, avait fait discuter une dégénérescence avec métastases multiples, bien que l'état général reste parfait. La biopsie a permis d'éliminer cette hypothèse et d'admettre une maladie nævique.

Végétations papillomateuses récidivantes d'une commissure labiale et de la muqueuse buccale voisine, par M. P. Cuilleret.

Femme de 52 ans, présentant depuis un an des masses papillomateuses et végétantes de la commissure labiale droite, et de la muqueuse jugale voisine qui, en raison de l'apparition d'un élément bulleux lors de la première poussée, avaient fait soulever le diagnostic de pemphigus végétant localisé. Plusieurs examens hématologiques se sont avérés négatifs. De multiples interventions (radiothérapie, électro-coagulations) ont été constamment suivies de récidives *in situ* et dans le voisinage. La localisation persistante dans la même région et l'absence d'extension des lésions aux régions habituellement atteintes, ont fait abandonner l'idée d'un

pemphigus végétant que la biopsie ne permettait pas d'affirmer. Il semble qu'on doive conclure à des végétations à siège atypique, récidivantes comme c'est la règle.

Maladie de Pick-Herxheimer, par MM. J. Gaté, P. Bondet et Mlle Lanternier.

Observation intéressante par l'unilatéralité stricte de l'atrophodermie qui n'intéresse qu'un des membres inférieurs.

Erythro-kératodermie verruqueuse avec dilatation bronchique transformée par le traitement bismuthique, par MM. J. Duverne et R. Bonnayme (de St-Etienne).

Homme de 50 ans dont les lésions remontent à l'âge de 3 ans. En février 1946, date à laquelle le malade a été vu pour la première fois, lésions occupant surtout les membres inférieurs, plus discrètement le thorax et le cou, végétantes, verruqueuses, croûteuses même, reposant sur une base érythémateuse avec dans l'intervalle plages hyperkératosiques, gaufrées, dépigmentées par places. On rapproche ce malade de l'observation ancienne de Darier où il s'agissait d'un sujet présentant depuis la première année de la vie des lésions analogues mais plus étendues, à extension progressive, ni congénitales, ni familiales, pour lesquelles l'hypothèse d'hérédo-syphilis avait été soulevée et qui avaient abouti à la dégénérescence en 1926. Darier avait proposé la dénomination d'érythro-kératodermie verruqueuse En 1946, le malade présenté par les A. fut à l'occasion d'une poussée aiguë, greffée sur une bronchite chronique, soumis à une exploration lipiodolée qui montra une dilatation cylindrique des bronches. Des traitements bismuthiques répétés ont déterminé à chaque cure une amélioration progressive des lésions cutanées qui actuellement se réduisent à quelques lésions verruqueuses ou dyskératosiques où la biopsie a révélé une formule de dyskératose sans dégénérescence.

Lichen plan acuminé simulant une maladie de Darier, par MM. J. Gaté, J. Coudert et C. Ollagnier.

Apparition il y a quelques mois, chez un sujet, nullement soumis à des contacts de graisses impures, de lésions légèrement verruqueuses constituées par des saillies acuminées sur plages pigmentées, localisées à la bordure du cuir chevelu, dans les sillons naso-géniens, dans les régions auriculaires, présternale, interscapulaire, mais respectant les grands plis et les zones péri-orificielles et qui pouvaient légitimement faire discuter une maladie de Darier. La biopsie montre au-dessous de cylindres hyperkératosiques, non ostio-folliculaires, un clivage d'une zone inflammatoire strictement localisée qui permet d'affirmer le diagnostic de lichen plan acuminé.

Pigmentations auriques disséminées consécutives à une série de 10 injections intra-musculaires de Myoral, par M. J. Lacassagne.

Erythrodermie arséno-bismuthique, par MM. J. Gaté, J. Rousset, J. Coudert et C. Ollagnier.

Érythrodermie arséno-bismuthique survenue après un traitement novarsénobenzolique (4 grammes) et bismuthique (15 injections), un mois après l'interruption des arsénobenzènes, 15 jours après la fin de la cure bismuthique et qui s'est précisée et intensifiée par la reprise d'un traitement bismuthique qu'on a interrompu à la 12e injection.

Fibro-adénomes sébacés multiples et géants de la face, par MM. J. Gaté et J. Lacassagne.

Ce malade pouvait faire discuter des cylindromes, des tumeurs de Poncet-Spiegler. Toutefois, la biopsie montra au milieu d'une réaction conjonctive importante, une hypertrophie géante des glandes sébacées. Il s'agit de fibro-adénomes remarquables par leur nombre, leur volume, par l'existence de tumeurs analogues de la face interne de la joue et par leur localisation stricte à une hémiface.

Epithéliomas baso-cellulaires pigmentés multiples de la région thoracique, par M. J. Gaté.

Homme de 60 ans présentant sur le thorax de multiples placards pigmentés, hyperkératosiques. La biopsie montre qu'il s'agit d'épithéliomas baso-cellulaires pigmentés multiples.

Pemphigus végétant de Neumann, par MM. J. Gaté, H. Juvin (de Grenoble). J. Coudertet C. Ollagnier

A signaler après une cure de pénicilline (2.000.000 U.) une amélioration temporaire. Malade mis au Moranyl.

Un cas de « White spot disease », par MM. P.-J. Michel et M.-L. Chatain.

Femme de 40 ans présentant dans la région interscapulaire une zone ovalaire à contours émiettés d'aspect leucodermique sans hyperpigmentation de voisinage. Une analyse plus minutieuse montre que cette tache résulte de la coalescence de petits éléments lenticulaires d'un blanc de nacre discrètement atrophiques pour certains d'entre eux, et particulièrement bien individualisés dans la zone de bordure. Le centre de la lésion est un peu infiltré, surélevé, de teinte un peu bistre. Pas de lilac ring. Pas de prurit. Extension très lente. L'histologie a montré un épiderme aminci, un derme scléreux, sans infiltration. Aucun antécédent spécial, en particulier tuberculeux; aucun trouble ovarien; contusion de la région dorsale survenue peu avant le début de l'affection. Il semble bien s'agir ici d'une morphée en gouttes (White spot disease). Le caractère très circonscrit des lésions, l'absence de prurit, de bouchons cornés et de toute coexistence de lichen plan, celle enfin de toute infiltration dermique, s'inscrivent contre l'idée d'un lichen scléreux ou atrophique.

COMMUNICATIONS

Pied tabétique et pied syphilo-tabétique, par MM. J. Margarot, P. Rimbaud, et A. Boyer (de Montpellier).

L'observation d'une malade présentant sur l'arrière-pied des lésions ostéo-arthropathiques classiques et sur l'avant-pied un mal perforant plantaire, associé à une ébauche des altérations décrites par le Pr Favre sous le nom de pied syphilo-tabétique, appelle l'attention sur la pathogénie de semblables malformations, à la réalisation desquelles semblent concourir un facteur trophique en rapport avec des lésions intéressant des formations végétatives médullaires et l'atteinte directe du pied par l'infection tréponémique.

L'expression de pied syphilo-tabétique choisie par Favre pour définir les alté-

rations limitées au métatarse et aux phalanges paraît en réalité convenir à l'ensemble des altérations du pied. D'une façon plus générale encore les ostéo-arthropathies dites tabétiques seraient plus exactement dénommées arthropathies syphilo-tabétiques.

Ulcère tuberculeux du type Favre consécutif à une adénite suppurée, par MM. J. Margarot, J. Ravoire, et Mlle Margarot (de Montpellier).

L'ouverture à la peau d'une adénopathie bacillaire donne lieu à de larges ulcérations disséquantes, d'allure phagédénique, d'évolution subaiguë et rapidement fatale.

Les pertes de susbtance ont tous les caractères morphologiques de l'ulcère tuberculeux atypique décrit par le Pr Favre, cependant que l'abondance des bacilles de Koch évoque la tuberculose ganglionnaire expérimentale du type Paisseau-Oumanski.

Dermo-épidermites microbiennes et eczémas microbiens, par M. J. Wairin (de Nancy).

En dehors des dermo-épidermites microbiennes provoquées et entretenues par une infection cutanée streptococcique ou staphylococcique (impétigo, fissure, fistule. furoncle, abcès, fracture ouverte, ulcère de jambe, brûlure infectée, moignon d'amputation) et justiciables d'une thérapeutique externe, il existe des eczémas microbiens provoqués par des toxines microbiennes, ou par des déchets tissulaires provenant de l'action locale des microbes.

Les eczémas d'origine, mais non obligatoirement de nature microbienne se comportent comme des eczémas vulgaires : ils sont prurigineux, irritables, récidivants. Ils supportent mal les antiseptiques, et le topique qui semble le mieux réussir est le goudron de houille, employé pur à la phase de suintement, et incorporé à une pommade à la phase de desquamation. La sulfamidothérapie externe ou interne réussit dans certains cas, mais elle échoue dans d'autres et risque même de provoquer l'apparition d'autres foyers.

La pénicillinothérapie qui réussit dans les dermo-épidermites microbiennes donne des résultats très inconstants dans les eczémas microbiens, qu'elle soit appliquée localement ou en injections.

La radiothérapie est très efficace dans les eczémas des plis ou nummulaires.

Le traitement de l'eczéma microbien reste en définitive celui de l'eczéma en général : il vise à modifier le terrain par une méthode de désensibilisation biologique ou chimique. Le déséquilibre acide-base est très fréquent dans l'eczéma microbien : surtout dans le sens de l'alcalose, aussi la médication acide est le plus souvent indiquée.

Sur la pathogénèse des folliculites staphylococciques, par M. E. Bizzozero (de Turin).

Bizzozero et Léone ont essayé de provoquer la formation de pustules par application d'une gaze imbibée d'une suspension dense de staphylocoques, recouverte d'un imperméable.

A peu d'exception près, le résultat fut négatif; aucune pustule n'est apparue même dans les régions atteintes de folliculites. Cela démontre que la couche cornée même enflée par le pansement humide et en présence d'une grande masse de staphylocoques représente un obstacle vaillant à leur pénétration

Les mêmes expériences, faites sur des régions *épilées à la pince*, aboutirent aux résultats suivants :

Chez les sujets *exempts de folliculites*, les pustules firent défaut ou bien survinrent dans la proportion de 2,5-6 o/o avec les poils arrachés.

Chez les sujets *atteints de folliculites*, au contraire, le rapport entre le nombre des pustules provoquées et celui des poils arrachés eut une oscillation de 7-35 o/o.

Cela démontre le rôle que l'allergie joue dans la formation des pustules. Mais il ressort encore que si l'allergie est une condition presque nécessaire, elle n'est pas suffisante puisque dans la zone épilée, même dans les cas où la pustulation est plus abondante, la majorité des follicules béants ne devient pas le siège de folliculites.

On peut conclure que le mécanisme de formation de la pustule par épilation est plus complexe que ce que l'on croit. Pour sa formation n'est pas suffisante la mise à nu de la papille ni même l'émission de peu de sérosité, qui favorise le développement des grains staphylococciques, ni l'état allergique de la peau. Évidemment est indispensable la participation d'un autre facteur que nous ne connaissons pas encore. Les expériences seront poursuivies.

Recherches sur la pénicillino-résistance du gonocoque, par M. A. Midana (de Turin).

La douloureuse expérience du phénomène biologique de la sulfonamido-résistance du gonocoque nous incite à envisager dès à présent le problème de savoir si un phénomène analogue pourra ou devra plus ou moins tôt se vérifier de la même façon vis-à-vis de la thérapeutique pénicillinique de la blennorragie.

Il n'y a aucun doute en ce qui concerne l'existence dès maintenant des souches gonococciques pénicillino-résistantes, dont tous les A. rapportent des cas :

Du reste, un cri d'alarme sur les dangers d'une proche diffusion du phénomène de la pénicillino-résistance des gonococcies a été jeté dernièrement au Congrès Français sur la pénicilline par MM. René Martin, Boucart, Sureau, Huriez, Debray, cri d'alarme confirmé par les observations de MM. Huriez et Desurmont qui ont pu constater depuis ces derniers mois, un début de pénicillino-résistance, lequel les a obligés à augmenter les doses ou à renforcer l'action bactériostatique de la pénicilline par l'exaltation de tout le potentiel défensif de l'organisme par la pyrétothérapie.

A propos du mécanisme de la sulfonamido-résistance du gonocoque les opinions sont partagées entre l'existence de souches bactériennes résistantes et la modification des réactions du terrain organique. A mon avis, en faveur de la première de ces hypothèses, les recherches de Bizzozero ont apporté un sûr appui : cet auteur a vu, en effet, s'établir dans 75 o/o des cas de blennorragie aiguë, traités au début avec des doses insuffisantes de sulfamides, une résistance du gonocoque aux doses thérapeutiques du même médicament.

Prenant prétexte de ces recherches, je me suis donc proposé d'obtenir par voie expérimentale la formation *in vivo* de souches gonococciques pénicillino-résistantes. A cet effet, j'ai suivi la technique adoptée par Bizzozero dans ses recherches sur la sulfonamido-résistance, c'est-à-dire que j'ai traité pendant une période de temps variable entre 12 et 17 jours une série de 10 malades, affectés de blennorragie aiguë avec des doses de pénicilline comprises entre 150 et 220.000 U. fractionnées en doses progressivement croissantes entre 5.000 et 25.000 U. chaque jour. A la fin de cette première période, j'ai fait suivre, après un court délai de 3-4 jours et après examen microscopique préalable pour démontrer la persistance du gonocoque, un deuxième traitement de pénicilline de 200.000 U. en 15-18 heures.

Dans 8 cas sur 10, j'ai pu constater à la suite de ce deuxième traitement la guérison définitive de la gonococcie, tandis que dans les deux autres cas, il ne fût pas même nécessaire de leur faire suivre le deuxième traitement de choc, car la guérison s'était déjà vérifiée à la fin de la première période du traitement.

Ces résultats démontrent donc que les gonocoques traités *in vivo* par des doses faibles répétées et fractionnées de pénicilline n'acquièrent pas la pénicillino-résistance aux doses élevées qui correspondent à celles habituellement efficaces dans le traitement de la blennorragie.

En se rapportant aux résultats des recherches de Bizzozero sur la sulfamido-résistance, on peut donc en déduire que le gonocoque se comporte par rapport à la pénicilline autrement que vis-à-vis des sulfamides.

C'est donc non la transformation en souches pénicillino-résistantes des souches pénicillino-sensibles, mais seulement la multiplication des souches à l'origine pénicillino-résistante qui doit être mise en cause dans la diffusion de la pénicillino-résistance dont on annonce les débuts.

En conclusion, les craintes de l'éventualité d'un phénomène semblable à celui qui a si complètement réduit l'efficacité de la sulfamidothérapie de la blennorragie ne semblent donc pas devoir se vérifier et permettent de formuler les prévisions les plus favorables en matière de mycothérapie de la blennorragie.

Considérations sur la cure bourboulienne dans certaines dermatoses, par Mme Eyraud-Dechaux (de la Bourboule).

L'association bains, absorption d'arsenic par la boisson d'Eau de Choussy et douches filiformes nous a donné de remarquables résultats. Choisissons parmi les malades a nous confiés ces deux dernières années seulement par le Pr Gaté, quelques cas intéressants : 1° guérison en 21 jours d'un prurit vulvaire récent, post-ménopausique; 2° très forte amélioration d'un prurit anal ayant résisté à de nombreux traitements y compris une résection du nerf pré-sacré; 3° forte amélioration ou guérison de nombreux prurits ano-génitaux rebelles; 4° cicatrisation en 18 jours de multiples fissures anales compliquant un prurit intense. A titre d'indication exceptionnelle, signalons un vaginisme intense datant de 8 mois guéri en 21 jours; enfin accalmie datant de 2 ans (pour ne pas dire guérison dans cette affection capricieuse) chez un enfant de 8 ans atteint de dermatose de Duhring-Brocq rebelle.

Une observation instructive pour servir à l'appréciation du crédit qu'on doit accorder actuellement aux réactions de floculation dans le diagnostic des syphilis uniquement sérologiques, par M. J. Gaté.

L'A. rapporte l'observation suivante : en novembre 1943, M. D..., sans raison valable, est soumis à une enquête sérologique. B. W. négative, Kahn et Meinicke positifs. Il est mis au traitement pendant 6 mois (2 séries de bismuth, 2 de cyanure de mercure). Ayant ensuite arrêté le traitement, il vient consulter en fin 1944. L'analyse de sang faite tout récemment dans le même laboratoire a donné les mêmes réactions qu'en fin 1943. De nouvelles réactions faites dans un autre laboratoire sont totalement négatives. On fait arrêter tout traitement. En janvier 1947, triple accident primitif du sillon avec tréponèmes constatés et sérologie commençant à se positiver. Cette observation montre à l'évidence que les réactions de floculation constatées en 1943 avaient fait diagnostiquer une syphilis sérologique inexistante puisque le sujet vient de contracter une syphilis indiscutable. Elle montre donc le crédit très relatif qui doit être accordé actuellement en raison de l'incertitude de certains antigènes, aux réactions de floculation.

Pathomimie ou troubles allergiques, par M. H. Juvin (de Grenoble).

Ulcérations nécrotiques, à contours irréguliers, guérissant avec chéloïdes, puis apparaissant dans le voisinage et récidivant ainsi depuis 3 mois chez une jeune femme de 18 ans. Le début s'est fait au lendemain d'une cuti-réaction. Pas de lésion en dehors de l'avant-bras droit. Pas de troubles généraux. Pas de ganglion. Radioscopie pulmonaire négative. Vitesse de sédimentation : 6.

Cylindrome du cuir chevelu, par MM. Juvin (de Grenoble) et G. Massia.

Homme de 50 ans, d'origine russe, sans antécédent familial ou personnel notable. A vu évoluer, depuis plus de 10 ans, des tumeurs multiples, presque confluentes sur le cuir chevelu, mais nombreuses aussi dans le dos et aux membres supérieurs. Ces tumeurs se présentent à des stades variés d'évolution : les unes, jeunes, du volume d'un haricot sont intradermiques, fermes, de consistance fibreuse ; d'autres, du volume d'une noix sont sous-cutanées, sans adhérence aux plans profonds, de consistance kystique. Après ablation, ces tumeurs ne récidivent pas. Pas d'adénopathie. Examen général négatif. A noter la présence sur le cuir chevelu, dans le voisinage d'une tumeur, d'un kyste sébacé typique, et, sur l'avant-bras droit, un lipome du volume d'une mandarine.

Examen histologique (Dr Massia). Tumeur bien encapsulée, constituée par des lobules irréguliers avec des cavités sanguines et lymphatiques nombreuses. Les cellules sont à gros noyau, avec protoplasma abondant, très souvent séparées par de la substance colloïde formant de petites masses repoussant les cellules à la périphérie. Ces cellules ont un type de baso-cellulaire, mais présentent bien la disposition typique du cylindrome du cuir chevelu, englobée plus ou moins dans de la mucine.

Il s'agit d'un cas typique de cylindrome du cuir chevelu, différent du cylindrome ordinaire de la queue du sourcil.

Agranulocytose mortelle survenue dans l'évolution d'un érythème prémycosique traité par téléradiothérapie, par MM. J. Duverne, R. Bonnayme, et R. Mounier (de Saint-Etienne).

Les A. présentent l'observation d'une malade porteuse d'un érythème prémycosique dont le diagnostic avait été confirmé par biopsie, qui fut parfaitement blanchi pendant 2 ans à la suite d'une cure de téléradiothérapie associée au novar, qui, après récidive, eut des résultats beaucoup plus éphémères à deux reprises et qui présenta, quatre mois après le dernier traitement téléradiothérapique (octobre 1946), et six mois après la dernière cure de novar (juillet 1946) un syndrome sanguin avec purpura discret mais hypogranulocytose nette et hypoplasie médullaire accompagné d'une angine de type agranulocytaire, atteinte rénale légère mais état général très grave avec température en plateau et au-dessus du 40° et hémoculture négative.

Malgré la pénicilline à hautes doses, la malade mourut en quelques jours, ayant remonté le chiffre de ses granulocytoses à 65 o/o alors que la leucopénie se maintenait à 1.800.

Les A. soulignent l'amélioration des lésions cutanées contrastant avec l'aggravation de l'état général sans vouloir établir de façon certaine la relation de cause à effet entre ce traitement et le syndrome sanguin terminal. Ils rappellent une première observation analogue, où en plein traitement mixte (téléradiothérapie et arsénobenzol) ils observèrent une agranulocytose brutale et mortelle.

Syphilis secondaire avec manifestations nerveuses précoces (radiculite dorso-lombaire et Argyll-Robertson unilatéral rebelle au traitement pénicilliné), par M. J. Duverne (de Saint-Etienne).

Syphilis secondaire floride à symptômes neurologiques importants et diffus caractérisés par une radiculite dorso-lombaire et surtout une inégalité pupillaire au profit de la droite, la pupille gauche étant immobile avec abolition du réflexe à la lumière, conservation du réflexe à l'accomodation et troubles visuels récents (brouillard devant les yeux).

Disparition rapide des signes cutanéo-muqueux ; amélioration plus lente des symptômes radiculaires et des troubles visuels par 4.000.000 d'U. de pénicilline mais aucune action sur l'A. R.

L'A. souligne le fait qu'un autre malade contaminé à la même source présenta lui aussi, au milieu d'autres signes, des symptômes de radiculite très nets.

Les deux malades conservaient une sérologie très positive après la cure de pénicilline qui est actuellement continuée par un traitement bismuthique.

La dermatose des scaphandriers : folliculites, folliculites, nodulaires, périfolliculites aiguës du 1/3 inférieur des avant-bras (à propos de 6 cas), par M. J. Delbos (de Toulon).

Certains scaphandriers employés au renflouement des navires immergés dans la rade de Toulon, ont présenté à la face dorsale des mains et au 1/3 inférieur des avant-bras des lésions disséminées de folliculite, de folliculite nodulaire, et parfois même de périfolliculite aiguë.

Abandonnée à elle-même, l'affection évoluait indéfiniment; mais l'interruption complète des plongées amenait la guérison.

Une enquête systématique a permis de mettre en évidence, que seuls certains scaphandriers, qui portaient un vêtement muni de manchettes coniques (type américain), étaient atteints, alors que ceux qui portaient un scaphandre muni de manchettes à portage cylindrique ne présentaient aucune éruption.

Après avoir étudié les conditions dans lesquelles s'effectue le travail sous-marin, il a pu être démontré que les troubles circulatoires et plus exactement, le ralentissement de la circulation sanguine à l'avant-bras, constituent la condition majeure du développement du syndrome désigné sous le nom de « Dermatose des Scaphandriers ».

L'évolution de l'affection est indéfinie. L'éruption ne cesse que si le travail est interrompu pendant un temps assez long. Le traitement est illusoire. Les sulfamides, la pénicilline (5.000.000 U.) ne donnent qu'un résultat passager. Seuls, les massages de l'avant-bras au cours de la période de repos du scaphandrier, dans l'intervalle des plongées, semblent éviter dans une certaine mesure la réapparition des troubles.

Les phénomènes observés au cours de l'évolution de la Dermatose des Scaphandriers témoignent de l'importance des troubles circulatoires dans la pathogénie de certaines pyodermites pilosébacées. Il semblerait logique, d'associer à la médication anti-infectieuse et bactériostatique, un vaso-dilatateur périphérique dans le traitement de ces pyodermites. En raison de cette hypothèse, l'auteur expérimente le chlorhydrate de benzyl-imidazoline, dans certaines pyodermites pilo-sébacées, associé aux bactériostatiques classiques.

De quelques utilisations thérapeutiques des vitamines en dermato-vénéréologie, par M. J. Charpy (de Dijon).

Se basant sur ses observations personnelles, l'A. signale à l'attention des praticiens certaines utilisations possibles des vitamines en Dermato-Vénéréologie.

Après avoir rappelé l'action bien connue de la vitamine C dans le scorbut, de l'acide nicotinique dans la pellagre et les lucites, affections où il recommande d'associer à la vitamine PP, d'autres éléments du complexe B (vitamines B_1, B_2, B_6) et de la vitamine D_2 dans les tuberculoses cutanées et dans le lichen plan, il envisage les applications possibles de la vitamine A et du complexe B. *Pour la vitamine A*, il signale comme indications possibles les eczémas séborrhéiques du nourrisson, les engelures, la kératose pilaire, la maladie de Darier, voire certaines infections aiguës (grippe, angine, uréthrite gonococcique). Pour les infections aiguës des muqueuses (uréthrites, métrites) il croit utile l'association de la vitamine C à la vitamine A. Cette association lui paraît également favorable dans les plaies de jambes torpides, où il donne de la vitamine C *per os* à *grosses doses*, et utilise en application locale une pommade complexe où entrent l'acécoline, l'insuline, la vitamine A et la vitamine B_1. La vitamine A serait encore à conseiller dans certaines dermatoses chroniques (eczémas papulo-vésiculeux, urticaires, prurigos, rosacées, acnés rosacées) et dans certains asthmes d'origine digestive. Malheureusement, les produits du commerce français sont souvent mal tolérés. *Le complexe B* trouve ses indications dans l'ectodermose pluri-orificielle, ainsi que dans les dermatoses des métanémies, de Paul Chevallier (fissures des extrémités palmaires des doigts, koïlonychie, fissures labio-commissurales, glossite par atro-

phie de la muqueuse, glosso-stomatite superficielle diffuse des auto-intoxiqués de Brocq, desquamation persistante des lèvres, prurigos leucodermiques, plaques lisses cruro-vulvaires). Dans ces dermatoses, l'A. associe à la vitamine B_2 des hormones cortico-surrénales, d'autres éléments du complexe B et l'acide chlorhydrique parfois. Enfin, l'A. attire l'attention sur l'*acide pantothénique* qui fait partie du complexe B et sur l'*acide paraminobenzoïque*. L'association de ces deux corps pourrait, en raison de leur tropisme capillaire, trouver leur utilisation dans les pelades évolutives graves et même dans les alopécies séborrhéiques. L'A. dans sa longue communication, qui sera publiée intégralement ailleurs, donne des précisions sur les doses à employer, qui, dans l'ensemble, sont considérables. Il tient toutefois dès maintenant à donner un aperçu des possibilités thérapeutiques nombreuses que peut offrir le monde encore incomplètement exploré des vitamines.

Statistique des maladies vénériennes (contagieuses) pour 1946, dans la région de Grenoble, par M. H. Juvin (de Grenoble).

Pour 1946, les maladies vénériennes contagieuses se sont ainsi réparties :

Syphilis 1 et 2 :

Drôme : 33; Isère : 174; Savoie : 86; Haute-Savoie : 105. Total : 398 (contre 238 en 1945).

Blennorragie :

Drôme : 40; Isère : 296; Savoie : 41; Haute-Savoie : 130. Total : 507 (contre 527 en 1945).

Pas de chancre mou, ni de maladie de Nicolas-Favre. Puisqu'officiellement, il n'existe plus de prostituées, c'est sous la rubrique « rapports libres » que sont indiquées 90 o/o des contaminations.

Les agents contaminateurs ont été retrouvés dans 1/4 environ des cas déclarés. La différence que l'on observe entre les statistiques à l'échelon local, à l'échelon régional et à l'échelon national enlèvent, à mon avis, à ces statistiques la valeur absolue qu'on pourrait leur attribuer, et ne leur laissent qu'une valeur d'indication, que vient encore restreindre l'absence fréquente des déclarations faites par les praticiens pour les malades vus à leur cabinet, malades soit syphilitiques, soit surtout blennorragiques.

Statistique antivénérienne 1946, par MM. G. Durand (de Chalon-sur-Saône), Joseph (de Macon), et Darnaud (Autun).

Les A. apportent leur statistique des maladies vénériennes observées en Saône-et-Loire (Chalon, Macon, Autun) pour les années 1943, 1944, 1945 et 1946.

1° *Pour la syphilis*, les quatre dernières années, Pour Chalon en particulier, donnent une augmentation nette et continue des cas de syphilis récente (primaire et secondaire) en 1943 : 43; 1944 : 50; 1945 : 96; 1946 : 111.

L'augmentation est due au brassage humain de la démobilisation, au retour des prisonniers, à l'arrivée des travailleurs étrangers et des troupes nord-africaines.

2° *Pour la blennorragie* : en 1943 : 110; 1944 : 237; 1945 : 369; 1946 : 274. Les chiffres ont été nettement influencés par le fait que le Centre de Chalon, étant service de traitement officiel par la pénicilline, les malades venaient obligatoirement dans le service. Actuellement, la pénicilline est devenue libre et bien des malades sont traités par leur propre médecin.

3° A noter en 1945, une épidémie de *chancre mou* localisée aux seuls annamites employés à la garde des prisonniers de guerre. La source incriminée a été hospitalisée après des plaintes formelles et concordantes. Il s'agissait d'une prostituée officielle qui longtemps n'a pas présenté de lésion décelable, jusqu'au jour où un bubon inguinal est apparu.

La fermeture des maisons en 1945-1946 ne semble pas avoir eu une influence évidente sur la propagation des maladies vénériennes; toutefois, l'armement sanitaire, créé avec beaucoup de peine par de nombreuses années d'effort et qui avait fait sa preuve, a été anéanti. Il faudra tout le zèle de nos assistantes sociales pour suppléer à la carence des services de recherches.

Tatouage étendu de la face. Considérations dermatologiques et sociales, par M. J. Lacassagne.

Tatouage simulant un masque du visage (loup) pratiqué en maison de correction à l'âge de 16 ans. La présence de ce stigmate empêcha le reclassement social du tatoué qui devint un habitué de prison (16 condamnations pour vols). A plusieurs reprises, dans ses courtes périodes de liberté, il sollicita le détatouage dans des Services parisiens ou provinciaux de dermatologie, sans pouvoir l'obtenir. Regrettable abstention thérapeutique puisque cet individu est maintenant condamné à la relégation définitive. Les méthodes de détatouage sont pourtant nombreuses.

Une forme rare de maladie de Pick-Herxheimer, par M. P. Bondet.

Malade de 67 ans, ayant vu s'installer progressivement en deux ans au membre inférieur gauche un érythème rouge vif, bigarré par places de violet foncé. Sur l'érythème, réseau veineux superficiel : veines de petit calibre, sinueuses, violacées. Pas de varices à proprement parler. Par ailleurs, atrophie cutanée très marquée. La peau se laisse plisser dessinant un quadrillage avec intervalles losangiques recouverts de fines squames lamelleuses. En résumé, maladie de Pick-Herxheimer, mais qui présente cependant deux caractères particuliers :

1° D'être unilatérale, elle touche le membre inférieur gauche seul, mais sur toute son étendue.

2° De présenter trois nodosités tumorales cutanées, saillantes du volume d'un pois, de couleur marron clair. Ces formes à tumeurs cutanées ou sous-cutanées ont été signalées par Herxheimer; elles seraient excessivement rares.

Erythème induré de Bazin guéri par ablation d'une trompe tuberculeuse, par MM. H. Thiers et Chassagnon.

Réflexions dermatologiques à propos d'un voyage en Suède, par M. M. Cadeac

L'A. a fait récemment un voyage en Suède et il a eu l'occasion de visiter, à Stockholm, la Clinique dermato-syphiligraphique du Pr Hellerstrom à l'Hôpital St-Jorans.

Les maladies vénériennes sont en recrudescence et plus particulièrement la syphilis dont le nombre de cas dans ce pays (syphilis primaire et secondaire) a quintuplé de 1941 à 1946.

Le Gouvernement s'est ému de cette progression inquiétante de la syphilis et multiplie les mesures de prophylaxie d'ordre général, soit sous forme de conférences faites dans les écoles, les ateliers et les usines, plusieurs fois par mois sur l'hygiène sexuelle, soit en distribuant à la population une brochure d'éducation intitulée : « Un danger public ».

Il n'y a pas de maisons de tolérance en Suède mais la prostitution clandestine semble être assez développée.

L'A. insiste sur l'accueil particulièrement courtois dont il a été l'objet et la grande sollicitude de la réception du Pr Hellerström. L'A. souligne que la science française jouit en Suède d'un grand prestige.

Gommes syphilitiques du foie découvertes à l'intervention chirurgicale pour ulcère gastrique chez un syphilitique ancien (examens histologiques), par MM. P. Cuilleret et M. Girard.

Les A. rapportent une observation prouvant, s'il est nécessaire, que la syphilis doit être traitée régulièrement et pendant de nombreuses années.

M. A..., 47 ans, a eu la syphilis il y a 22 ans, en 1925 (accident primitif diagnostiqué et traité au dispensaire Toussaint Barthélemy à Paris). Le traitement d'abord arsenical a été ensuite constitué par le bismuth et le mercure. Mais il faut noter que ce traitement a été assez irrégulier avec des arrêts allant de quelques mois à plusieurs années pendant lesquels aucune thérapeutique ne fut suivie.

De plus, une ponction lombaire s'est avérée négative à la fin de la deuxième année du traitement. La sérologie a toujours été négative depuis les premiers mois de l'infection, et actuellement, l'examen clinique du malade est complètement négatif et la sérologie sanguine est négative.

Atteint d'un syndrome ulcéreux gastrique depuis deux ou trois ans, on décide en novembre 1946 une intervention. La laparatomie a permis de constater l'existence de nombreux noyaux hépatiques et d'un ulcère de l'estomac qui fut traité par gastrectomie.

M. A... va actuellement très bien, a repris plusieurs kilogrammes et sa sérologie sanguine reste négative.

L'examen histologique (Pr R. Noël) a montré :

1° Que les lésions nodulaires du foie étaient des gommes typiques;

2° Pour l'ulcus gastrique, l'examen microscopique révèle des lésions inflammatoires subaiguës dont il est difficile de préciser l'origine; l'hypothèse d'une étiologie syphilitique des lésions constatées ne pourrait reposer que sur la réaction de type plasmocytaire presque pur au niveau de la muqueuse et sur l'existence de parois vasculaires épaissies de la séreuse. Ces bases peuvent permettre de soupçonner, non d'affirmer la syphilis.

Il s'est donc agi d'un cas de syphilis hépatique certaine, apparue 22 ans après l'accident primitif chez un malade assez irrégulièrement traité, mais dont les examens cliniques, sérologiques et du liquide céphalo-rachidien n'ont jamais rien révélé d'anormal qui ait pu faire soupçonner la localisation du tréponème sur le foie.

Arthrite blennorragique pénicillino-sulfamido et pyrétho-résistante, par MM. J. Pellerat et C. Ollagnier.

Malade de 28 ans, porteur d'une uréthrite aiguë à gonocoques, avec antécédents de rhumatisme blennorragique. L'uréthrite est guérie au traitement pénicilliné habituel (200.000 U. de pénicilline brune) ; puis s'installe une polyarthrite aiguë fébrile qui s'étend aux deux tibio-tarsiennes, au genou droit, à l'articulation sterno-claviculaire droite, en dépit d'une dose de 4 millions d'unités de pénicilline-retard administrées en 10 jours, associées à 10.000 U. intra-articulaire, après ponction du genou. Le salicylate de soude, les sulfamides *per os* et par voie intraveineuse (Thiazomide *per os*, Solumédine intraveineux), une série de chocs (vaccins antigonococciques Pasteur) associée à la gonacrine et à la vitamine C à fortes doses, ne furent pas plus efficaces. L'affection après 4 mois et demi d'évolution s'est progressivement atténuée laissant comme séquelle une ankylose du genou.

La résistance à la thérapeutique des arthrites à gonocoques, surtout au cours des récidives, est connue. La pénicilline, même lorsqu'elle est efficace sur le gonocoque, comme ce fut le cas, n'a eu aucun effet thérapeutique décisif sur l'évolution de l'arthrite malgré les fortes doses mises en œuvre.

L'huile de Chaulmoogra hydrogénée dans la lèpre, par M. J. Rousset.

L'huile de Chaulmoogra hydrogénée a fait à l'étranger l'objet de travaux sérieux mais en France elle est encore mal connue. D'ailleurs en Amérique, comme au

Japon ou dans l'Inde, il existe encore quelques flottements dans la question de l'hydrogénation du produit.

Notre léproserie avait reçu en don gracieux une huile de Chaulmoogra, d'origine assez basse, qui s'était révélée ailleurs comme chez nous inutilisable et pourtant à l'analyse elle était conforme aux normes du Codex, sauf en acidité qui était considérable (4,2 o/o en acide oléique). Nous l'avons confiée alors à M. le Professeur Chambon qui en avait fait l'analyse et qui a bien voulu nous remetire une note technique sur les traitements qu'il lui a fait subir et dont nous extrayons ce qui suit :

« Il nous apparut qu'une neutralisation correcte à la soude, suivie de l'élimination des savons pourrait en améliorer les qualités. Cette neutralisation recommandée par Perkins (1927) doit en plus dédoubler et neutraliser les combinaisons lactoniques présentes dans l'huile et que Paget, Treven et Attwood (*Int. J. Leprosy*, 1934, **2**, 149) rendent responsables des manifestations irritantes de l'huile. D'autre part, le fait reconnu depuis longtemps que l'addition d'iode à l'huile de chaulmoogra accroît sa tolérance, nous a incité à voir dans cette pratique une saturation partielle de la liaison éthylénique des acides spécifiques que nous avons pensé réaliser par hydrogénation partielle. Cette opération nous fut facilitée par l'obligeance des Ingénieurs de la Société Normande des produits chimiques. Cette hydrogénation de l'huile en présence de nickel de Raney nous permet d'obtenir différents degrés de saturation dont nous nous proposons d'étudier le comportement pharmacologique et thérapeutique. En effet, alors que de très nombreux auteurs ont considéré que la présence de cette liaison éthylénique des acides chaulmoogrique et hydrocarpique était indispensable à leur action thérapeutique. Hasseltime signalait (*Publ. Health. Bull.*, 1924, **141**, 1) que l'acide dihydrochaulmoogrique, inactif sur la lumière polarisée, possédait encore une réelle activité thérapeutique ».

L'essai clinique de l'huile ainsi préparée nous montra qu'elle était bien tolérée et d'une remarquable diffusibilité et nous faisons en ce coment des essais avec un nouveau lot encore plus fortement hydrogéné. Mais c'est du premier lot que nous voulons donner les résultats thérapeutiques.

Il a été injecté à deux malades présentant des lèpres mixtes cutanées 3 — N2, cette huile à la dose de 10 centimètres cubes deux fois par semaine. Il a été fait des séries de 12 injections sous-cutanées. La résorption a été remarquablement rapide et complètement indolore. Comme moyen de contrôle nous avons fait des séries d'une huile de chaulmoogra iodée alternées avec l'huile préparée par M. le Professeur Chambon. Cette dernière se résorbe beaucoup mieux et son activité thérapeutique nous a semblé bien supérieure chez un malade, L..., 52 ans, qui avait présenté les premiers signes de lèpre en Côte d'Ivoire au début de 1936. Ce traitement a été le mieux supporté de tous ceux qui ont été tentés chez lui.

(Travail de la Léproserie lyonnaise de la Propagation de la Foi).

Statistique médicale de la surveillance de la prostitution à Lyon pendant l'année 1946, par MM. J. Lacassagne, J. Rousset et P. Cuilleret.

L'année 1946 a été la dernière dû fonctionnement du Service chargé de la surveillance de la prostitution, et il nous a semblé intéressant de publier la statistique qui résume son activité. Nous divisons cette statistique en deux parties : avant le 16 octobre, date d'application de la Loi décidant la fermeture des maisons de tolérance et, après cette date.

1° *Période du 1er janvier au 16 octobre 1946 :*

Nombre de visites effectuées :

Femmes de maisons de rendez-vous : 15.968;

Femmes isolées : 377;

Clandestines : 356.

Examens microscopiques : 5.345.
Examens sérologiques : 253 (dont 7 positifs).
Femmes reconnues malades et hospitalisées : 302;
68 de maisons de rendez-vous,
66 isolées,
168 clandestines.
Maladies ayant motivé l'hospitalisation :
13 syphilis :
3 primaires,
6 secondaires,
4 sérologiques;
1 chancre mou;
132 blennorragies :
41 uréthrites,
40 cervicites,
51 uréthrites et cervicites.
Dénonciations civiles : 174.
Dénonciations militaires : 2.
Les malades ont été reconnues contagieuses dans la proportion suivante :
1 sur 235 pour les pensionnaires de maisons de rendez-vous;
1 sur 6 pour les femmes isolées;
1 sur 2 pour les clandestines.
2° *Période du 17 octobre au 31 décembre 1946* :
Nombre d'examens effectués : 80 (volontaires venues aux visites quotidiennes);
Femmes reconnues malades : 7;
Maladies ayant motivé l'hospitalisation :
1 syphilis primaire;
3 blennorragies :
2 cervicites,
1 uréthrite;
3 gales;
Examens sérologiques : 18 (tous négatifs);
Dénonciations civiles : 12;
Dénonciations militaires : néant.
La proportion des malades reconnues contagieuses est de une pour onze.
Les visites n'ayant plus aucun caractère obligatoire, il est évident que les femmes se croyant malades cessent tout simplement de venir à la visite. Dans un tel état de choses, il n'est pas possible d'après ces chiffres de se rendre compte de l'état sanitaire exact de la prostitution.

Mycosis fongoïde à tumeurs d'emblée à évolution rapide. Paraplégie terminale due à une compression médullaire par tumeur intrarachidienne, par MM. J. Bouvier, P.-J. Michel, M.-L. Chatain et et F. Deyrieux.

Malade, âgée de 72 ans dont l'affection débuta en avril 1946 par une tumeur ulcérée de la partie moyenne de la cuisse droite qui régressa spontanément, mais à laquelle fit suite au voisinage de cette lésion initiale une tumeur plus profonde franchement hypodermique et ultérieurement une volumineuse tumeur de la région sus-ombilicale à centre fongoïde ; tout autour de celle-ci, présence de petites plaques discrètes d'allure parakératosique non infiltrées, non prurigineuses dont certaines (flanc, région sus-pubienne) évoluèrent en quelques jours vers la constitution de véritables tumeurs. Entre temps, apparition de phénomènes douloureux radiculaires de la région dorsale d'interprétation d'autant plus délicate que la malade avait suivi en 1940 une intervention gastrique pour un soi-disant néoplasme (en réalité ulcère gastrique). Radiographie vertébrale négative. Brusquement après quelques séances de radiothérapie ayant rapidement affaissé les tumeurs, apparition d'une paraplégie flasque massive entraînant rapidement la mort.

Une ponction lombaire avait montré une dissociation albumino-cytologique; le lipiodol n'avait pu être pratiqué. A l'autopsie, constatation d'une néoplasie extra-durable comprimant la moelle dorsale. L'examen histologique de cette tumeur ainsi que celle de la cuisse a montré l'aspect classique du mycosis fongoïde avec intrication de lymphocytes, de plasmocytes, de grandes cellules à noyaux monstrueux, de cellules binucléées éosinophiles. Par contre, sur les biopsies antérieurement pratiquées (tumeur sus-ombilicale et plaques infiltrées voisines), l'aspect était plus monomorphe et avait fait penser au réticulo-sarcome, certes très voisin du M. F. mais auquel on ne saurait cependant l'assimiler tout à fait comme certains auraient tendance à vouloir le faire: Deux arguments d'ordre clinique permettent en effet d'affirmer qu'il s'est bien agi d'un M. F. : d'une part, la rétrocession spontanée et complète d'une tumeur de la cuisse, bien que dans la manière du M. F.; d'autre part, le début du processus tumoral, sous forme de plages discrètes non infiltrées et à contours nets, eczématoïdes. A noter l'existence au début de poussées de prurit d'ailleurs très fugaces. En résumé, M. F. à tumeurs d'emblée ayant évolué très rapidement et ayant donné lieu à une complication tout à fait exceptionnelle due à une localisation du processus tumoral dans le canal rachidien. Les auteurs n'ont pas trouvé dans la littérature mention d'un cas analogue.

Accidents survenus à la suite d'injections de pénicilline. Interprétation pathogénique, par MM. A. Bazex et Bouisson (de Toulouse).

Les A. rapportent le cas d'un malade ayant présenté, à la suite d'injections intramusculaires de pénicilline une dermatose érythémato-vésiculeuse développée sur une zone où le malade avait déjà vu apparaître une mycose. Ils pensent qu'il s'agit de réactivation de lésions mycosiques mal éteintes provoqués par les injections de pénicilline.

Forme cutanée ulcéreuse du purpura rhumatoïde de Besnier, par M. A. Bazex (de Toulouse).

L'A. décrit l'observation d'un malade atteint d'un purpura rhumatoïde indiscutable dont tous les éléments cutanés donnèrent naissance à des ulcérations qui cicatrisèrent avec une grande lenteur.

Deux cas de poly-résistance médicamenteuse pendant le traitement d'attaque de la syphilis récente, par MM. A. Bouisset Pellegrin, et Druelle (de Nice).

Les A. présentent deux cas de polyrésistance médicamenteuse pendant le traitement d'attaque d'une syphilis récente.

Le *premier* de ces malades a eu, malgré un traitement plurimédicamenteux régulier et successif, une cascade d'accidents syphilitiques cliniquement indiscutables avec des réactions sérologiques qui ont diminué progressivement d'intensité.

Il a fallu l'action conjuguée du novar, du mercure et de l'iodure de potassium pour juguler tous les accidents et rendre la réaction de Bordet-Wassermann négative.

De plus, il s'agissait d'un cas de réinfection traité intensivement 12 ans auparavant par les trois médicaments dont l'action thérapeutique isolée a échoué. Accoutumance médicamenteuse ? Virulence du tréponème ? Fléchissement organique ? Action moindre des médicaments ? Sont-ils en cause ?

Il est logique d'insister :

1° Sur la nécessité de cures mixtes les plus intenses qu'il est possible au malade de les supporter;

2° Sur l'adjonction de l'iodure qui, dans ce cas, a semblé déclancher une guérison rapide.

Le *second cas*, différent du premier, concerne un malade qui s'est infecté pendant une série de novar instituée à tort, semble-t-il (fait qui démontre encore une fois l'inutilité et le danger d'un traitement préventif) et qui a présenté pendant un minimum de 71 jours, après un chancre dont l'examen a été positif à l'ultramicroscope, une succession d'accidents secondaires.

Les réactions sérologiques, négatives au début, sont devenues positives en cours de traitement.

Il faut noter ici à l'origine des résistances médicamenteuses :

1° L'insuffisance des doses et du total de novar reçus, proportionnellement au poids;

2° La fréquence insuffisante des injections bismuthiques pendant une même série, trop peu prolongée également;

3° L'espacement trop grand et la quantité trop faible des injections de cyanure de Hg chez un malade indocile et dont l'hospitalisation d'office a dû être décidée. Les accidents ont disparu à la suite de traitements mixtes.

Trois cas de syphilis extra-génitale accidentelle, par M. Martinet (Chambéry).

L'A. rapporte 3 observations curieuses de contamination syphilitique. En mars 1947, il a eu l'occasion de voir successivement deux malades atteints de syphilis secondaire, dont les accidents primitifs respectifs siégeaient l'un au tragus de l'oreille droite, et l'autre au cuir chevelu. Les deux malades sont très précis dans l'origine de leur accident primitif : celui du tragus s'est développé à la suite d'une coupure par rasoir; celui du cuir chevelu à la suite d'un coup de peigne, ces deux traumatismes étant arrivés chez le même coiffeur, à peu près à la même date, c'est-à-dire en septembre 1946; or l'auteur avait soigné, à cette même époque, ledit coiffeur atteint de syphilis secondaire.

Le Secrétaire Général :
Dr P. Cuilleret.

RÉUNION DERMATOLOGIQUE DE STRASBOURG

SÉANCE DU 7 DÉCEMBRE 1946

Présidence de M. L.-M. Pautrier

SOMMAIRE

Adénome sébacé de la face type Darier. Nævus « en pavé » de la région lombaire. Manifestations unguéales et gingivales. Troubles de l'électrocardiogramme, par M. R. Burgun.

Paysanne de 25 ans, sans antécédents héréditaires et collatéraux. A la face, semis d'adénomes sébacés type Pringle ou Hallopeau, Leredde, Darier, sur le nez, les joues et le menton. Tumeur fibreuse légèrement saillante parcourue de nombreux sillons se croisant — « nævus en pavé » — de la région lombaire. A différents doigts et orteils, petites tumeurs très dures, paraissant sous le rebord péri-unguéal, déprimant l'ongle. Elles y creusent une gouttière et peuvent amener sa chute. Petite tumeur mollasse de la gencive supérieure, constituée par un amas de petits nodules. Quelques nodules hémisphériques sur la gencive même. A l'examen histologique : troubles du collagène, disparition des fibres élastiques.

L. C. R. : 6,5 cellules par millimètre cube. Examen neurologique, fond d'œil, encéphalographie : normaux. Légère débilité mentale. A l'électrocardiogramme, déformation de la partie initiale du complexe ventriculaire : élargissement de R. et S.

Les lésions de la région lombaire seraient apparues à l'âge de 6 ans après un traumatisme, celles de la face à 17-18 ans au moment d'une desquamation post-scarlatineuse, celles des ongles à 20 ans après strumectomie.

Fr. Woringer. — A propos de ce cas, qui nous montre l'histologie d'hyperplasies fibreuses, je voudrais poser la question de l'unicité de la maladie de Pringle. J'ai eu l'occasion d'étudier déjà plusieurs cas histologiquement et j'ai trouvé moi-même la variété du substratum histologique que l'on observe en examinant les petites tumeurs excisées.

Classiquement on distingue : 1° le type Balzer ou variété blanche d'adénomes sébacés; ce type représenterait véritablement des adénomes sébacés par les proliférations pilo-sébacées atypiques; 2° le type Pringle ou variété rouge et molle, qui serait constitué par des altérations vasculaires et des nævi télangiectasiques; 3° le type Hallopeau-Leredde ou variété dure, qui serait représenté par des productions fibreuses.

Personnellement je considère la présence de glandes sébacées comme fortuite et d'autant plus accusée que l'on peut avoir affaire à un terrain séborrhéique. Cependant, j'ai vu chez un sujet ayant le syndrome de Pringle typique dans la face, des hyperplasies malpighiennes isolées dans un tissu de sclérose et reproduisant les images d'un trichoépithéliome de Jarich.

Faut-il considérer ces cas, qui sont également connus dans la littérature, comme des épithéliomatoses multiples de la face et les sortir du syndrome de Pringle en réservant pour ce dernier les hyperplasies fibreuses parfois plus ou moins télangiectasiques provoquant la petite hernie papillomateuse de surface ?

Lésions érythémateuses de la face et des mains ayant pu ressembler à un lupus érythémateux et s'accompagnant d'une déglabration totale du cuir chevelu, par M. Renard.

Jeune fille de 22 ans; mère morte de tuberculose pulmonaire; elle-même a fait en 1942 un rhumatisme articulaire aigu avec atteinte cardiaque et par la suite une chorée.

Le début de l'affection se place au mois de février 1942 : apparition de plaques érythémateuses squameuses sur le dos des mains et inflammation du rebord unguéal; squames sur le cuir chevelu. L'alopécie a débuté dès l'apparition de l'atteinte rhumatismale, soit en 1942.

En 1943, on note : des cheveux clairsemés mais en état de repousse, un état de rougeur et de desquamation du cuir chevelu qui fait penser à un eczéma séborrhéique, soigné comme tel.

Au moment de son hospitalisation en mai 1944 étaient atteints le cuir chevelu, les oreilles, la face et les doigts : lésions en plages nettement circonscrites, à bords légèrement surélevés, rouges. Foyers de taille variable : tête d'épingle à pièce de 5 francs; nappes érythémateuses diffuses au cuir chevelu. Les cheveux manquent presque en totalité. Le cuir chevelu est recouvert d'un enduit squameux de faible épaisseur. Le rebord unguéal de tous les doigts est tuméfié, de couleur rouge-violacé et présente une limite nette avec la peau. L'état général est bon, la température normale. La sédimentation globulaire est nettement accélérée.

L'examen histologique pratiqué par M. Woringer indique : un épiderme normal sans aucune atrophie mais avec quelques cônes cornés à l'endroit de l'abouchement des glandes sudoripares dans les follicules pileux. La couche cornée manque sur la coupe suite probable du traitement local. Dans les couches superficielles du derme quelques amas très denses de cellules rondes autour des vaisseaux du derme sous-papillaire.

Le traitement instauré à cette époque consiste en applications locales de pâte au bismuth et injections intramusculaires de bismuth, puis des injections de sel d'or. Au moment où elle quitte le service deux mois plus tard elle n'est pas améliorée. Au contraire, durant ce traitement, il s'est fait au cuir chevelu des escarres en placards importants à contours géographiques qui prennent un aspect cicatriciel et seront longues à guérir sous l'influence de pommades cicatrisantes et antiseptiques.

Durant les années suivantes, l'état cicatriciel du cuir chevelu persiste. A la face, toutes les lésions ont conflué en un vaste placard qui s'étend sur le front, le nez et les joues.

Au moment de la réhospitalisation, le 29 août dernier, l'état est à peu près le même que celui qu'elle présente aujourd'hui : déglabration du cuir chevelu avec état atrophique et cicatriciel. A la face, lésions hyperkératosiques du nez. Sur les joues, léger état d'infiltration nettement limité avec teinte rouge des téguments.

A la suite d'injections de Quinby, la malade fait au mois d'août dernier une forte stomatite avec poussées de température atteignant 38°. Un mois plus tard, une application très superficielle de neige carbonique déclanche une forte poussée d'œdème de la face avec suintement, température dépassant 40°. Ces troubles disparaissent en quelques jours et les lésions apparaissent à la suite nettement améliorées.

En résumé, cette malade a présenté en 1942 une déglabration totale du cuir chevelu; deux ans plus tard, des lésions érythémateuses diffuses du cuir chevelu et des mains avec atteinte unguéale mais sans desquamation marquée, lésions sur lesquelles se font en 1943 des escarres importantes.

Cet ensemble de faits associés à la pauvreté de l'image histologique ne permet pas de poser de façon ferme le diagnostic de lupus érythémateux qui avait pu sembler logique à un moment de l'évolution et laisse le diagnostic incertain.

Érythème en réseau du type Livedo et stomatite diffuse après une cure arséno-bismutique, par M. Wasmer.

Le malade Pal... René, est un jeune homme de 21 ans qui se présente pour la première fois à la consultation le 17 août 1946 pour une syphilis secondaire, se traduisant par une roséole généralisée à son déclin, datant de 15 jours, des syphilides palmaires, un énorme ganglion inguinal gauche. On retrouve dans le sillon balano-préputial la cicatrice indurée du chancre, apparu au début du mois

de juillet et cicatrisée depuis trois semaines. Les séro-réactions sont fortement positives. Le malade est mis au traitement arséno-bismuthique. Du 17 août au 27 septembre le malade reçoit 7 gr. 05 de novar et 10 bismuth.

Le 28 septembre, soit 24 heures après la dernière injection de novar et de bismuth apparition d'une éruption siégeant dans la région abdominale. Depuis quelques jours le malade présentait un début de stomatite et une angine érythémateuse.

Il est admis à l'hôpital le 3 octobre 1946.

A l'entrée, l'examen de la cavité buccale permet de constater une stomatite intense, intéressant toute la muqueuse buccale et pharyngée, d'aspect uniforme et lisse, présentant une teinte rouge vif et vernissée : la langue est très œdématiée, avec empreinte des dents sur les bords. La sécrétion salivaire est très amoindrie, la déglutition très pénible.

L'examen des téguments montre une éruption siégeant sur la paroi abdominale et les flancs, remontant en avant vers le thorax et s'étendant en arrière vers la région des lombes. L'éruption est constituée par des taches allongées et irrégulières, de coloration rouge assez intense, s'anastomosant et délimitant entre elles des espaces de peau saine, donnant à l'ensemble un aspect réticulé. Les travées du réseau sont très larges, mesurant 1 à 3 centimètres environ ; la coloration est moins intense et se dégrade sur les bords des travées. Les mailles assez irrégulièrement arrondies, sont de dimensions variables, allant d'une pièce de monnaie à celle d'une petite paume de main. Les lésions ne sont pas prurigineuses.

En ce qui concerne l'état général le malade présente une asthénie marquée, avec pâleur du visage. Il n'y a pas de fièvre, les urines sont assez rares (5 à 700 centimètres cubes par jour), mais ne contenant ni albumine, ni sucre. La tension artérielle est de 11,5-7,5. La numération et la formule sanguine ne révèlent rien de particulier.

Le malade est mis au traitement suivant : hyposulfite de Na en injections intraveineuses et théobromine *per os*.

Deux jours après son entrée, les urines du malade deviennent plus abondantes, la stomatite reste stationnaire et l'on constate l'apparition d'une légère fièvre qui oscillera aux environs de 38° pour revenir à la normale une semaine après.

Dès le début de son hospitalisation et assez rapidement l'éruption remonte vers le haut et gagne toute la face antérieure du thorax et s'étend sur la face antérieure et interne des bras, négligeant les épaules et la face. En arrière, elle atteint les omoplates. Vers le bas elle s'étend sur la face antérieure des cuisses et la partie supérieure des jambes. En même temps, les lésions prennent une coloration plus foncée, bistre, brunâtre. Parallèlement à l'extension de l'érythème, les lésions de la paroi abdominale, les premières en date, commencent à desquamer et cette desquamation s'étendra les jours suivants à l'ensemble des éléments. Les squames sont petites, fines, sèches et très adhérentes. A noter que cette desquamation est restée localisée aux lésions érythémateuses en réseau.

15 jours à 3 semaines après le début de l'affection, les lésions pâlissent, s'effacent et disparaissent peu à peu. La stomatite est en voie de disparition.

En résumé, chez ce malade, traité pour une syphilis secondaire en pleine activité, à la fin d'une première cure arséno-bismuthique, nous avons observé, associée à une stomatite diffuse, l'apparition d'un érythème en réseau à larges mailles et à larges travées, localisé principalement sur le tronc et à la face antérieure des membres, qui, après desquamation, a évolué et disparu en l'espace de trois semaines.

Signalons qu'après un repos de 6 semaines, le malade a repris son traitement spécifique et que les séro-réactions (Bordet-Wassermann, Meinicke, Kahn du 24 novembre 1946) sont entièrement négatives.

Mélanome malin de la joue, par MM. Fr. Woringer et Burgun.

La fillette de 14 ans que nous vous présentons nous fut adressée en juillet 1946 pour une lésion de la joue.

Depuis tout au plus 2 ans était apparue sur la joue droite une petite tache plane, de couleur ardoisée. Cette petite néoformation a augmenté depuis, mais c'est surtout dans les dernières semaines qu'elle est devenue nettement saillante. Il n'existe aucun phénomène subjectif.

L'examen montre l'existence de quelques nævi lenticulaires bruns sur le tronc et sur les bras. La lésion de la joue a les dimensions d'un gros pois vert et fait une saillie d'environ 5 millimètres avec surface lisse. Sa couleur est gris-noirâtre au centre, mais nettement mélangée de bleu sur la bordure. Aucun halo inflammatoire. A la palpation, légère infiltration. Pas d'adénopathie.

La croissance rapide nous incite néanmoins à l'intervention immédiate. Celle-ci est pratiquée en chirurgie à l'aide du bistouri électrique, ce qui nous permit d'examiner la pièce histologiquement (M 373).

La tumeur, cantonnée dans le derme, n'a nulle part de contact intime avec l'épiderme qui reste normal; par contre, elle s'engage nettement dans l'hypoderme et progresse également par les bords. La structure générale est franchement sarcomateuse, les éléments cellulaires étant étirés, fusiformes et n'ayant aucune cohésion entre eux. Ce sont surtout les extensions sarcomateuses périphériques de la tumeur qui sont bourrées de pigment mélanique, mais ce dernier se trouve également dans toute l'étendue de la tumeur. Un élément vasculaire très riche, ainsi qu'une stroma-réaction manifeste l'accompagne.

Nous nous trouvons donc en présence d'un nævo-sarcome malin dont la structure un peu spéciale nous rappelle les trois cas publiés par Darier de nævi bleus ayant subi une dégénérescence cancéreuse.

Léiomyomes éruptifs, par MM. Fr. Woringer et Burgun.

Cette femme, âgée de 44 ans, présenterait depuis sa 12e année les lésions que vous pouvez constater chez elle.

Il existe sur la face antérieure de son bras gauche un semis d'une vingtaine de petites tumeurs, légèrement surélevées, de teinte rosée ou lilacée, absolument indolores. A la palpation nous notons une légère infiltration. Comme nous suspections déjà cliniquement la nature myomateuse de ces tumeurs, nous avons essayé, mais en vain, d'exciter la contractilité musculaire en les irritant par malaxation ou pétrissage.

L'examen histologique (L 311) montre le plus bel exemple de léiomyome que nous ayons dans notre collection. Le derme moyen est occupé par d'énormes faisceaux de fibres musculaires lisses, bien ordonnées, faisceaux coupés soit longitudinalement, soit transversalement. Vers la périphérie ces faisceaux envoient des digitations dans le derme avoisinant sans qu'il n'y ait de phénomène inflammatoire ou une ébauche d'encapsulation.

Il s'agit donc de léiomyomes éruptifs que nous considérons comme des nævi myomateux.

Léiomyome en tumeur isolée par MM. L.-M. Pautrier et F. Woringer.

Par opposition au cas de nævi myomateux que l'un de nous vient de vous présenter nous voudrions vous relater ici un cas de léiomyome en tumeur.

La malade étant débarrassée de sa tumeur sans aucun incident consécutif, nous nous sommes dispensés de la convoquer. Il s'agit d'une jeune femme, qui présentait depuis un certain temps une petite tumeur à la partie médiane de la jambe, tumeur de la grosseur d'un pois vert, arrondie, faisant une saillie nette, de teinte grisâtre mais recouverte par un épiderme normal. La palpation la localise dans la région sous-cutanée. Spontanément, elle est indolore, mais excessivement douloureuse à la pression même légère, ce qui fait penser à la possibilité d'une tumeur glomique.

La pièce, excisée en totalité, nous montre après fixation et coloration (biopsie

M 359) une tumeur de la dimension d'un gros pois vert, accollée à la face profonde du derme et se développant profondément dans l'hypoderme. Cette tumeur est régulièrement arrondie, même nettement encapsulée à sa périphérie. Elle est constituée par une zone périphérique myomateuse avec des faisceaux de fibres musculaires lisses dont les myofibrilles ne laissent aucun doute sur leur nature. Vers le centre la tumeur est purement conjonctive et scléreuse avec cependant de grosses ectasies vasculaires uniquement bordées par un endothélium. Cet aspect rappelle une vieille artérite thrombosée et organisée depuis longtemps. Les colorations à l'élastine ne permettent pas cependant de retrouver un vestige vasculaire. Malgré tout nous croyons à un léiomyome à point de départ vasculaire.

Trois cas de récidives cliniques et sérologiques de syphilis, après traitement par la pénicilline, par Mlle A. Ullmo.

Nous ajoutons aujourd'hui trois cas de récidives cliniques et sérologiques de syphilis après traitement par la pénicilline à ce chapitre déjà chargé.

Notre premier cas, dossier 537, concerne un homme de 67 ans, atteint en mars 1946 d'un chancre de la face muqueuse du prépuce, à ultra positif, mais à sérologie totalement négative au Bordet-Wassermann, Meinicke et Kahn. Il reçoit, du 1er au 12 avril 1946, le traitement combiné préconisé par le Pr Udo Wile, soit 1.200.000 U. de pénicilline, 5 fontarsol de 0 gr. 12 et 3 bismuth. Après sa sortie de l'hôpital, nous le revoyons périodiquement pour 5 examens sérologiques, échelonnés sur 3 mois. A ce moment, donc exactement 3 mois après la fin de sa cure, le Bordet-Wassermann est devenu douteux, le Meinicke et le Kahn positif. Mis au traitement par 12 bismuth, du 16 août au 20 septembre 1946, sa sérologie était encore positive faible au Meinicke et au Kahn le 6 novembre, au début de sa deuxième cure de bismuth, qui est en cours.

Le deuxième cas, dossier 547, est infiniment plus complexe. Il s'agit là d'un homme de 29 ans, atteint en 1935 de syphilis primaire et de blennorragie, et qui a eu à ce moment-là une seule cure mixte. Vers la mi-février 1946, il présente des ulcérations multiples du fourreau, pour lesquelles il reçoit, chez un praticien de la ville, 3 novar et 3 bismuth. Ne voyant aucune amélioration, et atteint en outre d'une très forte laryngite, il entre à l'hôpital le 23 avril 1946. Sa sérologie est très fortement positive aux trois réactions et la recherche du tréponème est positive sur les lésions qui recouvrent ses organes génitaux. Du 26 avril au 6 mai 1946, il reçoit 1.200.000 U. de pénicilline, 5 doses de 4.000 Mouneyrat (arsenones) et 3 bismuth. Suivi pendant 3 mois par 5 examens sérologiques, qui restent constamment très fortement positifs, il se présente le 13 août avec un nouveau semis de lésions érosives sur le gland et le prépuce, non indurées, mais fourmillant de tréponèmes, et accompagnées d'une belle pléiade ganglionnaire. Nous le mettons au traitement classique rhodarsan-bismuth : dès le 4e bismuth et 2 gr. 55 de rhodarsan, au bout de 15 jours, toutes les lésions sont guéries. Mais sa sérologie, faite en fin de cure après 7 gr. 05 de rhodar et 12 bismuth, le 4 octobre 1946, est restée très fortement positive.

Quant au troisième cas, dossier 507, il s'agit d'un ouvrier de 32 ans, se présentant le 13 mars avec une syphilis secondaire floride, consistant en plaques cutanéo-muqueuses très nombreuses sur la verge et les bourses, accompagnée de ganglions inguinaux bilatéraux très importants, et d'une sérologie très fortement positive. Du 13 au 25 mars 1946, il reçoit 1.200.000 U. de pénicilline, 5 fois 0 gr. 12 de fontarsol et 3 bismuth. Sa sérologie, refaite trois fois, reste fortement positive jusqu'à 1 mois après la fin du traitement. Début mai elle commence à virer, le Bordet-Wassermann devient douteux, en juin et juillet les Bordet-Wassermann et Meinicke deviennent entièrement négatifs, le Kahn seul restant fortement positif. Le 2 août, soit 4 mois et 8 jours après la fin de la cure, les trois séro-réactions redeviennent positives totales, mais le malade n'est remis au traitement que le 28 août, ne s'étant pas représenté plus tôt. Du 28 août au 9 novembre 1946 il

reçoit 4 gr. 32 de sulfarsénol intramusculaire, sa sérologie ayant été retrouvée fortement positive le jour du début de cette cure. Or, le 28 novembre, soit 20 jours après la fin de son traitement au sulfarsénol, ce malade revient porteur de deux ulcérations arrondées, l'une sur le gland, la deuxième près du frein, à fond sale, non indurées. Très gros ganglions inguinaux bilatéraux. Deux ultras sont trouvés négatifs le jour même. Les ulcérations ressemblant à des chancres mous, mais le malade affirmant n'avoir pas eu de rapports, nous le réadmettons à l'hôpital pour examens. Les deux ulcérations ont passablement augmenté de taille, mais leur aspect ne s'est pas modifié. Recherche du strepto-bacille négative, auto-inoculation négative, intradermo au Dmelcos négative. Mais un examen à l'ultra-microscope ayant été trouvée positif, le malade est mis, le 2 novembre, au traitement classique novar et bismuth. Des recherches de tréponèmes refaites ce jour-là ne permettent plus de trouver le moindre spirochète. Le 27 novembre, après 3 semaines et demi de traitement, le malade ayant reçu 3 gr. 30 de novar et 6 néo-cardyl, les ulcérations sont guéries et les ganglions qui avaient persisté depuis les accidents secondaires de mars, ont presque entièrement disparu.

Comment faut-il interpréter ces nouveaux accidents contagieux, éclos chez deux de ces trois malades, après des traitements cependant énergiques ? Lésions secondaires retardées ? Peut-être, mais en tout cas ces lésions ne présentent pas les caractères typiques habituels des syphilides secondaires cutanéo-muqueuses, ressemblant dans le deuxième cas à un semis d'herpès confluant, dans le troisième à des chancres mous.

Quant à la conclusion à en tirer, en ce qui concerne le traitement actuel des syphilis par la pénicilline, cela ne fait que confirmer les conclusions que M. Pautrier et moi-même avons déjà présentées à ce sujet : suivre les malades sans interruption le plus longtemps possible, et au bout de 3 mois, les remettre au traitement classique comme s'ils n'avaient pas reçu de pénicilline.

Lichen plan provoqué par une cure novarséno-benzolique, par Mlle A. Ullmo.

Parmi les incidents dus au traitement des syphilitiques par le novarsénobenzol nous connaissons l'éruption de poussées de lichen plan, incident mineur, puisqu'à aucun moment il ne met en danger les jours de nos malades.

Mlle K... Eugénie, 19 ans, type parfait d'hérédo-syphilitique, à sérologie fortement positive, ayant elle-même déjà 2 enfants dont l'un, prématuré, à tous les signes de l'hérédo, est mise au traitement mixte. Après le premier mois de traitement, pendant lequel elle a reçu 3 gr. 45 de rhodarsan et 6 néocardyl, elle présente une poussée de lichen plan typique, localisée surtout sur les bras avec une très grande intensité, et un peu sur les jambes, le tout étant très fortement prurigineux. On termine sa cure au bismuth seul, et fait faire à la malade des onctions au glycérolé aux trois acides. Un mois plus tard le lichen plan est en voie de disparition, mais actuellement, soit 3 mois après il persiste une intense pigmentation.

Syphilis secondaire à réaction sérologique tardive et incomplète, par M. A. Mugler.

Un homme de 47 ans entre à la clinique médicale A pour adénite axillaire droite fébrile. Il présente une température en plateau à 38°, leucopénie, dissociation relative du pouls.

Une agglutination est d'abord positive au 1/100 pour les bacilles typhiques H, puis au 1/200. Le Bordet-Wassermann est négatif.

Quatre jours après ce Bordet-Wassermann apparaît une éruption papuleuse discrète, avec papules érosives des bourses. Pas de chancre. Un deuxième Bordet-Wassermann revient avec Wassermann + + +, Meinicke négatif, Kahn douteux. Le traitement au cyanure est mal supporté, la pénicilline (400.000 U. par jour) déter-

mine une forte et précoce réaction de Herxheimer. Puis guérison clinique en 15 jours et sérologique en 25 jours. Les réactions de Meinicke et Kahn n'ont jamais été positives.

Revu un mois après le Bordet-Wassermann est négatif dans le sang et dans le liquide céphalo-rachidien avec 5 millions de pénicilline chez ce sujet très infecté.

Nouveau cas mortel d'apoplexie séreuse arsenicale, par P. Laugier (Besançon).

Jeune femme de 22 ans, atteinte de syphilis secondaire, reçoit les 13, 17 et 21 juillet un muthanol, le traitement par novar est commencé le 22 juillet, 0 gr. 30 ce jour-là, 0 gr. 45 le lendemain, ces deux injections sont parfaitement tolérées. Le 24, la malade reçoit le 4e muthanol et le 25, 0 gr. 60 de novar. Les injections précédentes ont été parfaitement tolérées, et le 25 au soir, on ne note aucun phénomène anormal.

Le 26 juillet, à 2 heures du matin, apparaissent des vomissements, et à 5 heures débutent des crises convulsives qui ne cesseront pas. Le faciès est vultueux, cyanosé, la respiration difficile, rapide, mais l'auscultation ne révèle rien d'anormal. La température est à 40°, le pouls à 160; il y a des convulsions épileptoïdes, des tremblements très violents, de la raideur, les réflexes sont normaux; la malade est dans le coma. Les urines contiennent une énorme quantité d'albumine.

Ponction lombaire : liquide clair, s'écoulant goutte à goutte; 36 lymphocytes par centimètre cube avec d'assez nombreuses hématies; 4 gr. 50 d'albumine, 0 gr. 96 de sucre, 8 gr. 19 de chlorures. L'urée sanguine est de 0,25. La tension artérielle de 9/6.

Malgré la thérapeutique la plus active (novocaïne i.-v., adrénaline sous-cutanée, ouabaine, cardiazol, sérum glucosé, saignées) la malade meurt à 15 h. 45 soit 30 heures après le dernier novar. La température est alors de 42°.

Cas de mort par atrophie jaune aiguë du foie après traitement au Fontarsol, par MM. L.-M. Pautrier et Wasmer.

Le passif des arsenicaux paraît s'aggraver de façon impressionnante. Voici le premier décès que nous observons après emploi du fontarsol que l'un de nous avait assez largement employé à Lausanne avec des succès appréciables et de minimes incidents, et que nous avons également utilisé dans notre service tous ces derniers mois.

Danielle K..., âgée de 21 ans, entre au service le 30 août 1946 avec une syphilis secondaire signée par une roséole généralisée, des syphilides palmo-plantaires. Constitution robuste; pas de tare organique; ni albumine, ni sucre. Mise au traitement mixte : fontarsol, 0 gr. 12 par jour et Bi. Réaction de Herxheimer après la première injection. Le 9, la malade a reçu 8 fontarsol et 3 Bi. Toutes les lésions sont en régression notable. La malade présente une légère angine, un peu de céphalée et une température à 38°. On pense à une angine banale et on fait un 9e fontarsol. Le soir, température à 40°4. Le 10, violentes douleurs à l'épigastre, vomissements, ventre souple, sans défense musculaire. Langue saburrale, constipation. Foie et rate non augmentés de volume. Le 11, la température est tombée à 36°8. Pas de selles, urines rares, sans albumine, ni sucre. Érythème roséoliforme généralisé à tout le corps. Réflexes vifs, cœur bien frappé. La malade avoue ce jour-là avoir mangé le 8 des conserves de viande avariées. Le 12, les vomissements persistent, température à 37°8. La malade est prostrée, présente de la diplopie et divague par instants. Le 13, température à 36°8, la malade est obnubilée, ne reconnait plus son entourage. Les yeux ont pris une teinte ictérique. La malade est transférée à la clinique médicale et y meurt en arrivant.

L'autopsie a montré une néphrite épithéliale suraiguë et surtout une hépatite dégénérative toxique aiguë, avec un foie augmenté de volume dans toutes ses dimensions (1.990 grammes), très pâle, de teinte jaune-beige.

Nous savons que l'arsenic a une affinité élective pour le foie et nous pensons que le fontarsol peut être à l'origine de cette hépatite toxique. Cependant le caractère aigu qu'elle a présentée après 9 injections seulement d'arsénoxyde nous amène à nous demander s'il ne faut pas incriminer également l'absorption de conserves avariées.

Syphilis ostéo-articulaire à symptomatologie, clinique et radiologie atypiques, par René FONTAINE, J. NETY et J. MOUSSIE.

Dans sa forme classique le diagnostic de la syphilis osseuse est facile, surtout si l'infection initiale est avérée. Mais à côté des formes typiques que de lésions batardes, d'aspect inhabituel qui simulent, souvent pendant longtemps, tantôt une ostéomyélite subaiguë ou chronique, tantôt une ostéoarthrite tuberculeuse.

Les hasards de la clinique nous ont permis d'en observer plusieurs cas au cours de ces derniers mois.

Un temps souvent précieux fut parfois perdu avant que ne fut établi le véritable diagnostic conduisant au seul traitement efficace. Aussi nous paraît-il important de souligner, à l'intention des médecins praticiens, qu'il faut savoir soupçonner la syphilis ostéoarticulaire, même quand l'aspect radiographique n'est pas tout à fait caractéristique.

A cet effet nous vous soumettons aujourd'hui les radiographies d'un cas observé récemment à l'hôpital des mines de Merlebach; le voici résumé en quelques lignes :

Mi... Louis, âgé de 58 ans, maigre et en assez médiocre état général, vient consulter pour la première fois à l'Hôpital des Mines de Merlebach le 13 juin 1946 se plaignant d'un gros œdème du coude apparu sans aucun traumatisme, mais ayant déterminé une limitation de la flexion-extension de cette articulation de 25° environ.

Dans les antécédents on ne note rien de particulier; le malade nie toute affection vénérienne. Durant l'occupation il a fait un séjour prolongé dans un camp de concentration allemand dans lequel il a subi de nombreux sévices corporels. Il leur attribue son affection actuelle qui aurait débuté en 1941.

Voici la radiographie du coude; elle est curieuse : le cubitus est épaissi, aux contours irréguliers, il est parsemé d'îlots de raréfaction qui lui donnent un aspect pommelé ressemblant à celui d'une ostéomyélite chronique. Les autres os sont moins déformés, mais il existe plusieurs ossifications para-articulaires du côté interne du coude. On a l'impression d'une arthrite chronique banale greffée sur une ostéomyélite chronique du cubitus.

Aucun diagnostic précis n'est fait à ce moment et le malade est simplement immobilisé dans un plâtre et soumis à un traitement général au stérogyl 15 et au calcium intraveineux.

Nous l'examinerons ensemble le 12 septembre 1946; le plâtre a été enlevé : l'œdème du coude a disparu, l'atrophie du bras et de l'avant-bras est toujours aussi marquée; la limitation de l'extension-flexion est la même que celle notée en juin alors que la prosupination n'est que très légèrement entravée.

Mais ce qui nous frappe surtout c'est l'absence complète de douleurs. Le malade n'a jamais souffert. Les essais de mobilisation passive sont absolument indolores.

Cela nous engage à examiner le malade d'un peu plus près : nous notons alors qu'au niveau de la cheville gauche il existe un œdème important, analogue à celui du coude, pourtant les mouvements de la tibio-tarsienne ne sont pas limités et nullement douloureux. La radiographie montre des lésions d'arthrite déformante légère de l'articulation tibiotarsienne, mais surtout un aspect pommelé de la malléole interne et une très forte réaction périostée aux deux faces tibiales interne et externe remontant loin sur la diaphyse. Nous songeons alors à la possibilité d'arthrites tabétiques au début, mais les réflexes tendineux sont tous présents, vifs et normaux et les pupilles réagissent correctement.

C'est dans ces conditions que nous pratiquons un Bordet-Wassermann. Il donne :

Sérum chauffé (Calmette-Massol)	+ + +
Sérum non chauffé (Bauer-Hecht)	+ + +
Kahn standard	+ +
Kahn présomptif	+ + + +
Meinicke :	
Macro.	+ +
Micro.	+ +

Aussitôt toute autre thérapeutique est abandonnée et le malade mis à un traitement antispécifique à base de novar et bismuth. Aujourd'hui après 3 gr. 90 de novar nous notons déjà une très grande amélioration de l'image radiologique.

Tel est notre cas; tirons-en un seul enseignement : en présence de lésions osseuses atypiques, il faut parfois savoir soupçonner la syphilis même quand le cas n'entre dans aucun des groupes aujourd'hui bien connus de la syphilis osseuse classique.

Manifestations articulaires dans la maladie de Nicolas-Favre, par MM. J. Warter et A. Mugler.

Les auteurs relatent l'observation d'un homme de 47 ans qui présenta successivement :

A 31 ans des arthralgies erratiques, à 34 ans, une arthrite d'un poignet, à 35 ans, une arthrite ankylosante du coude gauche, à 37 ans, une arthrite du même type du coude droit, à 43 ans, une arthrite subaiguë du genou droit, au niveau duquel on trouve un épanchement séro-purulent, qui s'avère stérile à la culture. Radiologiquement, décalcification des épiphyses, et tendance à l'ankylose. Dans les antécédents, à 18 ans, uréthrite non purulente ayant duré 15 jours.

On ne peut mettre de gonocoques en évidence.

Réaction de Frei positive à trois reprises.

Heureux effets d'une cure au rubiazol.

Les auteurs sont amenés à la conception d'un rhumatisme chronique dû à la maladie de Nicolas-Favre, sans aucune des manifestations habituelles de celle-ci.

Tophi goutteux criblant tous les téguments, simulant une goutte calcaire, mais dus à des dépôts d'urates et s'accompagnant de rhumatisme articulaire déformant, par MM. L.-M. Pautrier, R. Fontaine et Mandel (sera publié complètement ultérieurement).

Pseudo-xanthome élastique avec syndrome de Groenblad-Strandberg, par MM. L.-M. Pautrier, R. Burgun et Mlle Frey.

Le pseudo-xanthome élastique, considéré jusqu'à ces dernières années comme une rareté, semble devenir beaucoup plus fréquent depuis qu'on le connaît et le recherche mieux. De même la coexistence des lésions cutanées avec des lésions rétiniennes et des vaisseaux de l'œil se retrouvent dans un nombre de cas beaucoup plus élevé depuis qu'on la recherche systématiquement. Nous en apportons ici de nouveaux exemples.

Lilly Morg..., 26 ans, a remarqué dès l'âge de 13 ans, que les téguments du cou, puis des aisselles, prenaient une teinte jaunâtre et se couvraient de petites lésions de type comédonien. Les lésions occupent aujourd'hui le cou, la nuque, les aisselles, les plis inguinaux, la partie inférieure de l'abdomen. Ces régions présentent une teinte rose jaunâtre, un aspect de peau plissée, fanée, vieillie. Elles sont couvertes de petites traînées, distribuées en stries, de nombreux comédons et encrées de petits points noirâtres. La peau présente une consistence pâteuse et mollasse et se laisse distendre à grands plis de plusieurs centimètres de hauteur, réalisant une véritable *cutis hyperelastica*.

L'examen ophtalmologique montre un début de stries angioïdes au niveau de la rétine, des petits foyers de chorio-rétinite peu nombreux, pas de lésions maculaires, vision normale.

Une sœur de la malade présenterait des lésions cutanées analogues, 6 autres frères et sœurs ainsi que les parents en seraient indemnes.

L'examen histologique montre une abondance considérable de l'élastine et sa distribution de façon irrégulière en un semis innombrable de petits bouquets, de petits pelotons formés de petits tronçons vermiculés de fibres élastiques rompues, fragmentées. L'un de nous, avec Woringer, dans des publications antérieures, a émis l'hypothèse que cet aspect tronçonné, cette « élastorrhexis » s'observe dans des cas anciens de pseudo-xanthome (13 ans dans le cas actuel) et est consécutive à des lésions antérieures des fibres élastiques, qui se présentent d'abord augmentées de volume, gonflées, prennent un aspect granuleux par l'adjonction d'une substance nouvelle qui paraît imbibée l'élastine et que nous n'avons pu identifier ni comme du calcium, ni comme des lipides, ni comme de l'amyloïde.

Dans ce cas, les lésions de l'élastine portent à la fois sur les téguments cutanés et sur les parois des vaisseaux rétiniens (syndrome de Groenblad-Strandberg).

Pseudo-xanthome élastique chez deux frères en bas âge, par MM. L.-M. Pautrier et Renard.

Comme suite à l'observation précédente voici encore deux frères en bas âge, présentant un pseudo-xanthome élastique. A la vérité ce n'est que chez l'aîné (11 ans) que les lésions sont nettes : il présente en effet sur les deux côtés du cou, sur l'étendue d'une petite paume de main, toute une série de petites élevures de teinte rose-jaunâtre, de la dimension d'une tête d'épingle blanche; un certain nombre d'entre elles sont isolées, les autres juxtaposées de façon à former des stries linéaires de 2 centimètres en moyenne, diposées les unes au-dessus des autres. Au palper, impression de relief très nette et de très légère infiltration.

La biopsie montre une augmentation considérable de l'élastine, mais celle-ci n'est pas fragmentée, tronçonnée en petits amas vermiculaires comme dans le cas précédent, les fibres élastiques sont allongées, rectilignes ou flexueuses, continuant à accompagner normalement les faisceaux de collagène. Si mon hypothèse est exacte nous nous trouvons là en présence du stade initial des lésions du pseudo-xanthome élastique, ce qui s'explique du reste par l'âge du sujet.

Le second frère (5 ans) présente des lésions si discrètes qu'on n'oserait encore affirmer le diagnostic.

Mais l'examen des yeux des enfants révèle des détails intéressants : chez l'aîné on ne trouve pas de véritables stries angioïdes, mais un aspect granité des macules et des petites taches rondes, claires, très fines, clairsemées, et chez le cadet des macules un peu granitées. Faut-il voir dans ces lésions le stade initial qui se traduira ultérieurement par des stries angioïdes ?

Quoi qu'il en soit, soulignons encore une fois, comme l'a déjà fait l'un de nous, tout l'intérêt que la connaissance des stries angioïdes et du syndrome de Groenblad-Strandberg a ajouté au pseudo-xanthome élastique. Ce qui n'était considéré jusque là à la suite des travaux de Darier, que comme une curiosité cutanée, une petite malformation cutanée, devient la projection au niveau de la peau d'un trouble portant sur tout le réseau élastique de l'organisme, paroi des petits vaisseaux rétiniens de la rétine, paroi de l'aorte, bref une élastorrhexis généralisée.

Syndrome de Groenblad-Strandberg, par MM. P. Pouliquen et R. Burgun.

L. G. D...., 23 ans, vu à l'occasion d'un examen systématique.

Vision : 5/4 des 2 côtés.

Œil droit : stries angioïdes typiques constituant un double cercle péripapillaire auquel se joignent par bifurcation deux stries périphériques en haut et en bas. La macule présente une pigmentation irrégulière.

Œil gauche : même aspect plus accentué; au-dessous des vaisseaux temporaux supérieurs les stries anastomosées donnent à la rétine l'aspect d'un jeu de patience disloqué; du côté nasal part une strie qui repose sur une étroite plage blanchâtre.

Des deux côtés, les stries sont constituées par des lignes brisées, grisâtres, irrégulières en calibre et en teinte, croisant les artères et les veines rétiniennes auxquelles elles ressemblent beaucoup par endroit.

Peau : lésions caractéristiques du pseudo-xanthome élastique au cou, surtout lorsque l'on tend la peau des parties latérales, et à toute la partie inférieure de l'abdomen où les lésions sont particulièrement nettes.

La peau du reste du corps est absolument normale, mais on note dans les aisselles la présence d'un gros pli du côté de la paroi thoracique, autre signe d'un trouble général de l'élastine de l'organisme.

Granulomatose à type de sarcoïdes hypodermiques de la face, des bras, et à lésions en plaques scléreuses et ulcéreuses du cuir chevelu (2e présentation), par MM. Pautrier et Woringer.

La malade que nous vous présentons aujourd'hui a fait déjà l'objet d'une présentation ici, à la séance de mai 1937, consacrée aux granulomatoses. Elle présentait à l'époque des lésions datant de 3 ans, au niveau du cuir chevelu et de la face. Au cuir chevelu : de grandes plaques cicatricielles, alopéciques, scléreuses, avec des zones érythémateuses et télangiectasiques — aspect sclérodermiforme, téguments adhérents au cuir chevelu — par places ulcérations avec un fond bourbillonneux, sphacélique — à la face, sur le front, une lésion sclérodermiforme, cicatricielle, adhérente au plan osseux, parsemée d'ulcérations remplies par un tissu sphacélé. Sur le nez, la joue droite, la lèvre supérieure et le menton, de vastes placards tuméfiés, rougeâtres, durs, avec infiltration dermo-hypodermique profonde, nettement limitée, le centre de chaque lésion présentant toutefois un aspect blanchâtre, cicatriciel. Lésions analogues sur le côté gauche du nez, partie supérieure et extrémité gauche de la lèvre supérieure. Après avoir discuté au cuir chevelu les diagnostics de lupus érythémateux, de sclérodermie, de syphilis tertiaire, à la face les diagnostics de mycosis en tumeur, de sarcoïdes hypodermiques, l'examen histologique avait établi des liens indiscutables entre les lésions faciales et celles du cuir chevelu, constituées par un infiltrat de lymphocytes, de cellules lymphocytoïdes et de cellules réticulaires de moyennes dimensions, infiltrat réparti en nodules, en traînées, envahissant l'hypoderme dans les lésions de la face, mélangé à un processus de sclérose au niveau du cuir chevelu. Enfin, au cuir chevelu également on constatait de nombreuses et importantes lésions vasculaires, veines oblitérées et artères présentant de la péri-artérite et de l'endartérite, réalisant une oblitération presque complète, de type artérites infectieuses; or, notre malade n'était atteinte d'aucune maladie infectieuse et Oberling, à la même séance, montrait les mêmes lésions artéritiques provoquées par le virus de la leucémie érythroblastique de la poule. Et d'un autre côté le polymorphisme cellulaire ne nous permettait qu'un diagnostic, celui d'une granulomatose d'un type encore inclassable, se présentant avec une bénignité apparente qui la différenciait des autres types de granulomatose inclassables que nous présentions également, tous terminés par la mort. Notre malade soumise à la radiothérapie, à la dose de 1.400 r sur 2 millimètres d'Al voyait d'ailleurs ses lésions s'améliorer nettement.

Nous avons retrouvé notre malade l'an dernier. Elle avait fait entre temps quelques nouvelles lésions profondément infiltrées à la partie supérieure du cou, traitées à nouveau par les rayons X.

On peut constater aujourd'hui que la presque totalité des lésions de 1937 ont complètement disparu, laissant par places des cicatrices profondes, brunâtres, et sur certains points, au niveau de la joue, une cicatrice profondément déprimée, portant non seulement sur les téguments cutanés, mais s'accompagnant d'une fonte

totale du tissu adipeux et d'une disparition du plan musculaire. Le tout aboutissant à une véritable cavité, la peau épousant le contour du squelette osseux.

Mais de nouvelles lésions se sont encore formées, l'une s'étendant de la région temporale droite au rebord du maxillaire, érythémateuse, saillante, dure, très infiltrée, à type de sarcoïdes hypodermiques, puis une autre à la face externe du bras droit, du même type; une biopsie nous a montré les mêmes lésions histologiques qu'en 1937. Et cette fois encore la radiothérapie (3 séances de 600 r sur 3 millimètres d'Al.) amène une très grande amélioration. L'état général reste bon. Quand et comment s'arrêtera le processus de l'affection ? Si le diagnostic de granulomatose inclassable reste toujours le seul possible, l'étiologie de l'affection reste toujours aussi obscure.

Pemphigus subaigu malin à bulles extensives. Echec de la Pénicilline, par M. J. Roederer.

Le sieur M.... âgé de 63 ans, ne présentant rien de particulier dans ses antécédents, consulte en juillet 1946 pour des érosions de la muqueuse buccale; on prescrit des badigeons avec une solution de bleu de méthylène. Le 11 septembre de la même année, le malade entre à la Clinique, son état s'étant aggravé depuis 15 jours, il présente « des plaies de la région sous-mammaire ». Lors de l'examen on constate des érosions multiples de la muqueuse buccale du volume d'une tête d'épingle à celle d'un petit pois et dans la région sous-mammaire des deux côtés des plaques arrondies atteignant la grandeur d'une pièce de 5 francs, dépourvus d'épiderme, présentant à leur périphérie une collerette épidermique festonnée. Sur une cicatrice de la région ombilicale, semis de petites lésions bulleuses lenticulaires. Deux jours après son entrée à l'hôpital le malade fait une poussée de bulles au niveau du tronc. Aucune lésion viscérale. L'examen du sang révèle une lymphocytose assez prononcée à 37 o/o. Le malade est mis au traitement par la pénicilline : 200.000 U. O. par jour. Le 29 septembre, nouvelle poussée de grosses bulles se rompant rapidement, laissant des érosions de la dimension d'une pièce de 1 franc. Le caractère extensif des bulles devient de plus en plus net. Le diagnostic de pemphigus subaigu malin à bulles extensives s'impose. Le malade ayant reçu 2.400.000 U. O. de pénicilline sans résultat, on arrête la pénicilline et essaie le moranyl. Les poussées bulleuses continuent. L'état général décline et le malade meurt le 15 novembre, 5 mois après le début de sa maladie après avoir présenté à la phase terminale une hypertermie en clocher.

Prurit généralisé incoercible après traitement à la pénicilline, par MM. Nety et Renard.

Les deux cas ont été observés chez des malades traités par pénicilline au cours d'une affection chirurgicale.

Le premier, un jeune homme de 19 ans, mis au traitement pénicilliné, pour fracture ouverte de jambe, reçoit 800.000 U. en 4 jours. Dès le 3e jour, apparition d'un prurit généralisé très violent sans lésions cutanées, qui disparaît dès la fin du traitement par la pénicilline.

Le 2e, un homme de 45 ans, est hospitalisé pour mal de Pott avec abcès froids surinfectés. Mauvais état général. Il reçoit un million d'unités en 7 jours. Le 4e jour, apparition d'un prurit généralisé intense. Traitement local par talc, solution de chloral, vaseline mentholée, gardénal *per os*. On est obligé de recourir à plusieurs reprises à la morphine pour obtenir le sommeil. Lorsque nous avons vu ce malade, 8 jours plus tard, il accusait toujours un prurit violent sans aucune lésion dermatologique décelable. Ce prurit a été amélioré puis a cédé aux applications de talc mentholé, injections intraveineuses de bromure de calcium et administration de pilules de Méglin.

Nous n'avons pas retrouvé de faits analogues signalés dans la littérature. Les nombreux malades soumis à la clinique dermatologique à des cures de pénicilline allant jusqu'à 3 et 4 millions d'unités n'ont jamais présenté des troubles analogues.

S'agit-il là d'une simple coïncidence ? Il nous a paru néanmoins intéressant de signaler le fait.

Action de la pénicilline en applications locales dans le traitement de dermatoses suppurées, par MM. L.-M. Pautrier et Wasmer.

Il ne semble pas jusqu'ici que la pénicilline ait donné, en traitement général, sous formes d'injections intramusculaires répétées toutes les 3 heures, de résultats appréciables dans le traitement des infections cutanées. Il ne viendrait du reste guère à l'idée de traiter de la sorte des infections cutanées superficielles, facilement curables par des traitements externes beaucoup plus simples : nitrate d'argent, eau Dalibour, pâte Dalibour. Par contre nous avons souvent affaire à des lésions d'infections chroniques et résistantes à nos traitements habituels. Il était donc indiqué d'essayer si la pénicilline locale ne pourrait pas nous aider. C'est ce qui a été fait de différents côtés et ce que nous avons expérimenté dans notre service.

On connaît par exemple la ténacité désespérante de certaines *hidrosadénites* persistant aux aisselles des semaines, voire des mois. Nous avons obtenu dans des cas semblables d'excellents résultats en injectant quotidiennement dans chaque foyer 1 à 2 centimètres cubes d'une solution de pénicilline à 1.000 ou 2.000 U. O. par centimètre cube. Nous avons obtenu la disparition de la douleur en 24 et 48 heures et l'affaissement et la disparition des lésions en 4 à 5 jours.

Dans un cas *d'acné conglobata* de la nuque évoluant depuis 1 an et résistant aux traitements ordinaires, avec collections chroniques, fistulisées, un traitement par des injections quotidiennes de la même solution de pénicilline a tari la suppuration au bout de 4 jours, les fistules se cicatrisant ultérieurement en une douzaine de jours. Le malade quitte le service, nettoyé au bout d'un mois.

Des *orgelets récidivants* ont pu être guéris en 2 à 3 jours par l'injection, 3 à 4 fois par jour, d'une à 2 gouttes d'une solution de pénicilline à 5.000 U. O. par centimètre cube.

Mêmes résultats favorables dans le *traitement local de furoncle* de l'orifice narinaire, d'un très volumineux *anthrax* de la jambe par le lavage à la seringue et le pansement par des mèches imbibées de solution de pénicilline à 5.000 U. O. par centimètre cube, guérison en 3 jours dans le premier cas, en 6 jours dans le second cas (combiné avec un traitement général par injections).

Un *abcès chaud* de la malléole, incisé, ayant donné issue à une large quantité de pus, restait fistulisé, avec une vaste poche décollée, ne montrant aucune tendance à la cicatrisation. Guérison en 8 jours après traitement par lavage et mèche à la pénicilline.

Au total, la pénicilline, en traitement local, peut nous donner des résultats excellents dans un certain nombre d'infections chroniques et mérite d'être retenue.

Lymphomatose aleucémique, par MM. L.-M. Pautrier et Fr. Woringer.

Ce qui prédomine chez le malade que nous vous présentons c'est le prurit. C'est d'ailleurs avec le diagnostic de gale qu'il nous fut adressé fin juillet 1946.

Camp... Jean, âgé de 70 ans, d'origine italienne, avait exercé le métier de maçon et s'est retiré à la campagne comme cultivateur. Rien à signaler dans ses antécédents héréditaires. Lui-même n'a jamais eu de maladie sérieuse à l'exception d'une opération de la prostate en 1937. Marié, il a 3 enfants bien portants.

Depuis 1 an il se plaint de démangeaisons violentes causant de l'insomnie. Mais depuis 2 à 3 ans djéà il aurait remarqué des tuméfactions dans les aines et dans les aisselles sans cependant leur attacher aucun espèce d'importance.

A l'examen d'entrée le malade, de constitution moyenne, est en bon état de nutrition. Toute la surface tégumentaire est modifiée par le grattage, présente des stries, des excoriations recouvertes de petites croûtelles brunâtres, ainsi que des cicatrices de grattage légèrement pigmentées. Dans le pli de l'aine de chaque côté on constate une volumineuse adénopathie constituée par 2 à 3 ganglions durs, aphlegmasiques, mobilisables, ayant chacun le volume d'un œuf de pigeon à un petit œuf de poule. Volumineux ganglions cruraux dans les triangles de Scarpa. Dans les aisselles également importantes masses ganglionnaires, du volume d'une mandarine environ, faisant une voussure apparente à la vue. Petits ganglions le long des sterno-cléido-mastoïdiens, quelques petits ganglions sus-claviculaires du volume d'un noyau de cerise. Pas de sous-maxillaires, pas d'épitrochléens. La recherche des ganglions permit de découvrir par la palpation à la face externe et moyenne du bras droit 2 petites tumeurs sous-cutanées dures, du volume d'une cerise environ, facilement mobilisables. On trouve une petite tumeur identique sur l'omoplate droite. Le malade signale qu'il avait eu au bras gauche de petites tumeurs analogues qui auraient spontanément disparu.

Pas de signes généraux, ni fièvre, ni fatigue, peut-être un léger amaigrissement.

L'examen hématologique (nous donnons en marge les chiffres extrêmes tels qu'ils se présentèrent lors d'une dizaine d'examens ultérieurs) montra à l'entrée :

3.960.000 globules rouges avec 82 o/o d'Hb. (3.800.000-4.120.000, 78 o/o, 86 o/o).

5.600 leucocytes (3.000-8.500) dont l'équilibre donne :

41 o/o (24-65 o/o) de polynucléaires, dont 7 éosinophiles (3-16), 0 basophiles (0-2).

57 o/o (45-71 o/o) de lymphocytes.

2 o/o (0-4 o/o) de monocytes.

Les lymphocytes sont presque tous de grande taille souvent avec quelques granulations, parfois avec un nucléole attestant leur jeunesse. Il y a donc une lymphocytose nette et constante sans que le chiffre total de la leucocytose ne soit augmenté. Un ganglion inguinal droit ainsi que la tumeur de la région de l'omoplate furent examinés histologiquement par M. le professeur Géry qui conclut à un sarcome lymphoblastique lymphocytoïde avec même image dans les deux biopsies. Nous-mêmes avons examiné une coupe de ganglion lymphatique (M 380) : la structure ganglionnaire est totalement uniformisée par une nappe de lymphocytes continue. A un fort grossissement les cellules sont assez uniformes sauf que nous trouvons tous les intermédiaires entre petits lymphocytes foncés et gros lymphoblastes avec plusieurs nucléoles, ces derniers restant les plus nombreux. Par-ci, par-là, on trouve une rare mitose. Nous n'avons pas fait les colorations spécifiques du réticulum, mais avec le bleu de Masson on suit une trame conjonctive assez détaillée. Malgré la présence isolée de mitoses on a plutôt l'impression d'un lymphome et non pas d'un lymphosarcome

Enfin, si nous ajoutons cette image histologique dans le cadre général de l'affection présentée par le malade nous trouvons la triade symptomatique établissant le diagnostic de prurigo lymphadénique : les signes dermatologiques (prurit, apparition de tumeurs), les signes hématologiques (aleucémie lymphoïde), l'adénopathie lymphomateuse.

Sclérodermie à type de scléro-dactylie avec début de maladie de Pick-Herxheimer, par M. L.-M. Pautrier.

Au cours de la séance de mars de notre réunion, je pouvais vous présenter deux cas de lésions sclérodermiques paraissant évoluer par places vers une dermatite chronique atrophiante. Servi par la chance je peux vous en montrer un nouveau cas particulièrement éclatant puisqu'il présente une association de grande sclérodermie généralisée à type de scléro-dactylie et un Pick-Herxheimer authentique des membres supérieurs.

Auguste Balth..., 37 ans, sans antécédents notables, a vu débuter durant l'hiver 1939-1940 une cyanose des avant-bras avec fourmillements et crampes douloureuses. Progressivement la peau se durcit, se momilia, rendant tout travail normal difficile et le processus envahit tous les deux membres supérieurs. En juillet 1946, les membres inférieurs se prirent : les lésions occupent aujourd'hui les quatre membres en totalité, le dos, le flanc droit, la face antérieure du thorax, à type de sclérodactylie caractéristique. Amaigrissement notable.

Calcium et phosphore sanguin : calcium : 83 mgr. 9 par litre.

Phosphore plasmatique : partie soluble 46, partie insoluble 75.

Phosphore globulaire : partie soluble 586, partie insoluble 216.

Mais au niveau des membres supérieurs, face postérieure, l'infiltration scléreuse des téguments cesse, ils prennent une teinte rose-lilacée, laissant transparaître un réseau veineux très apparent, la peau prend un aspect atrophique et devient très facile à plisser. Un seul diagnostic est possible : celui de Pick-Herxheimer.

Ce nouveau cas, qui rentre dans une série de faits analogues que j'ai déjà publiés, nous montre la transformation possible d'une sclérodermie authentique en Pick-Herxheimer indiscutable et que ces deux aspects objectifs ne sont que des « moments » dans l'évolution des troubles du métabolisme du collagène. Théorie que j'ai déjà exposée maintes fois.

Cas pour diagnostic : érythème papuleux circiné évoluant depuis un an par poussées subintrantes, compliqué ultérieurement de lésions purpuriques et ulcéreuses, et s'accompagnant d'une anémie incoercible, par M. L.-M. Pautrier (sera publié ultérieurement intégralement).

Sarcome lymphoblastique, par M. P. Laugier (Besançon).

Observation d'une jeune fille de 14 ans, chez laquelle s'est développée en moins d'un mois, une volumineuse tumeur inguinale gauche, mesurant environ 21 centimètres de longueur sur 7 centimètres de large, ayant le volume d'un poing à son pôle supérieur et d'une mandarine à son pôle inférieur, très rapidement ulcérée, bourgeonnante. Une numération globulaire montre 16.800 globules blancs dont : 85 o/o de polynucléaires neutrophiles, 5 o/o de monocytes, 10 o/o de lymphocytes. La tumeur est enlevée en totalité, et aussitôt après on fait de la radiothérapie profonde. L'examen histologique montre qu'il s'agit d'un sarcome lymphoblastique.

Acné conglobata rapidement améliorée par le traitement local et la sulfamidothérapie, par M. P. Laugier (Besançon).

Femme de 44 ans, hospitalisée pour de vastes lésions ulcéro-végétantes et cicatricielles siégeant principalement au niveau de la partie inférieure du tronc et des membres inférieurs, ayant débuté en 1938. Ces lésions sont semblables à celles que le Pr Pautrier a décrites dans son mémoire des *Annales de Dermatologie* de mars 1934, lésions du 4e stade de son malade. Ce cas est remarquable par l'extraordinaire extension et la rapidité d'évolution des lésions, leur évolution apyrétique, le développement rapide de lésions au niveau de l'intradermo à la tuberculine et d'une injection de cyanure paraveineuse, l'échec total des traitements internes (cyanure intraveineux, lugol intraveineux, pénicilline, stérogyl 15 à hautes doses). Le traitement local (alcool iodé et pâte soufrée) associé à la sulfamidothérapie (adiazine par voie buccale) amena la cicatrisation rapide des lésions.

Le Secrétaire de Séance :
Alice Ullmo.

Le Gérant : G. Masson.

DÉPÔT LÉGAL : 1947. 3e TRIMESTRE. No D'ORDRE 533, MASSON ET Cie, ÉDITEURS, PARIS
BARNÉOUD FRÈRES ET Cie, IMPRIMEURS (31.0566), LAVAL, No 712. — 7-1947.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

SÉANCE DU JEUDI 24 AVRIL 1947

Présidence de M. Ch. Flandin.

SOMMAIRE

PRÉSENTATION DE MALADES

Maladie de Pick-Herxheimer débutante, par MM. H. Gougerot, Burnier, Duperrat, et Vallières.

Il est si rare d'assister au début et aux premières phases d'une dermatite atrophiante de Pick-Herxheimer qu'il nous semble intéressant de montrer cette malade, bien que le diagnostic demande à être confirmé par l'évolution.

Cette malade, n° 148.586, 53 ans, associe en janvier 1947 :

1° Un ensemble qui fait penser à la maladie de Pick-Herxheimer avec trois étapes marquant les trois stades évolutifs de la maladie :

1re stade. — A la face antérieure du membre inférieur droit, sur le genou et sur la cuisse, érythème rouge légèrement bleuâtre s'étendant en une large plaque continue sur plusieurs centimètres, à bords diffus, sans infiltration.

2e stade. — Sur tout le dos de la main gauche, érythème cyanotique d'un bleu foncé, presque noirâtre, et infiltrat élastique du derme, sans atrophie. A plusieurs reprises, nous avons déjà noté cet état d'érythème cyanotique infiltré dans des maladies de Pick-Herxheimer inconstestables. La radio des deux mains ne révèle pas de lésions osseuses.

3e stade. — Sur la face postérieure du coude gauche, érythème cyanotique diffus en une large plaque infiltrée avec atrophie très nette.

Cet ensemble daterait d'environ trois ans et persiste en été comme en hiver; la coloration ne varie pas lorsqu'on trempe la main dans l'eau chaude et dans l'eau froide; l'index oscillométrique est normal à droite et à gauche. La température locale est normale et identique sur la main malade et la main saine.

On a donc l'impression d'assister aux trois stades successifs de la maladie de Pick-Herxheimer : érythème cyanotique non infiltré; érythème cyanotique infiltré sans atrophie; érythème cyanotique infiltré avec atrophie.

2° Une nodosité sous-cutanée du coude gauche, apparue il y a 4 ans, antérieurement, semble-t-il, à l'état cyanotique cutané, gros comme une noisette, dure, située à 20 millimètres au-dessous de l'olécrane, adhérente aux plans profonds et

à la peau qui est légèrement rosée. Pas de lésions osseuses à la radiographie. Une petite nodosité semblable sous-cutanée dure de la grosseur d'un pois au-dessous de la rotule droite. Ces lésions donnent l'impression, cliniquement, de fibromes.

Histologie. — La biopsie faite sur la nodosité du coude a montré : l'épiderme peu modifié, non atrophique. Le derme superficiel moyen et profond est le siège d'infiltrats inflammatoires insulaires disposés autour des vaisseaux et des trajets veineux; ces infiltrats, de nature lympho-plasmocytaire, sont séparés les uns des autres par d'épaisses nappes de collagène densifié. Ce tissu fibreux descend profondément dans l'hypoderme. Pas de cellules épithélioïdes, ni de cellules géantes, ni de formations tuberculoïdes.

3° On note encore une masse lipomateuse à la face interne du tiers inférieur de la cuisse droite; à la région sous-malléolaire droite et à la région malléolaire du pied droit, des télangiectasies et varicosités nombreuses en îlots disséminés sans infiltrat ni atrophie de la peau; quelques varicosités semblables à la face externe de la jambe gauche.

L'examen viscéral est négatif; intradermo-réaction tuberculinique négative; à la radio pulmonaire ombres hilaires, reliquat de ganglions anciens et tramite accusée donnant dans le poumon gauche un aspect floconneux; réactions de Bordet-Wassermann négatives; urines normales; urée sanguine : 0,55; tension artérielle au Vaquez 14-9 aux deux bras.

Guérison d'un pityriasis rubra pilaire par les vaccins anti-tuberculeux, se maintenant depuis seize ans, par MM. H. Gougerot et A. Carteaud.

Alors que classiquement le pityriasis rubra pilaire passait pour une affection incurable, il est intéressant de souligner que, comme l'a fait l'un de nous, depuis 1925, la guérison peut être obtenue par des médications antituberculeuses, et que cette guérison est durable, se maintenant depuis le longues années.

Déjà l'un de nous, vous avait présenté, avec Laffitte (de Châlons-sur-Marne), à la *Société* du 12 novembre 1925 (p. 374), un cas de guérison inespérée, en se basant sur la conception de l'étiologie tuberculeuse du pityriasis rubra pilaire que, parallèlement avec Milian, il a été le premier à soutenir dès 1906.

Depuis lors, il a rappelé les trois cas de guérison de A. Oro et plusieurs cas personnels par les vaccins de Vaudremer, l'antigène méthylique de Boquet-Nègre ou les sels d'or (*Thèse* de Melle Labarre).

Nous avons eu l'occasion de revoir notre malade présenté le 13 novembre 1930, à la *Société de Dermatologie* (p. 1168). Il avait commencé son pityriasis rubra pilaire en novembre 1929, deux ans après le début d'une adénite tuberculeuse axillaire droite, le pityriasis rubra pilaire était classique et intense, et c'est sans traitement local qu'il a lentement guéri par les vaccins de Vaudremer.

La preuve que le vaccin est la cause de la guérison, est donnée par la comparaison des trois périodes de traitement : *1re période de 5 mois*, deux cures de Vaudremer : amélioration très nette; *2e période de 7 mois*, arsenic, traitement intense par la chrysarobine, l'acide pyrogallique : amélioration lente, à peine marquée; *3e période de 5 mois*, deux cures de Vaudremer : guérison complète.

Donc, à l'encontre du premier cas, présenté le 12 novembre 1925, il a fallu, chez notre dernier malade, avoir la patience de répéter les cures de vaccin.

Le malade presque guéri le 30 juillet 1930 est complètement guéri le 27 août 1930. Il ne reste aucune lésion visible, et les poils du dos, des phalanges, repoussent, aucun traitement local n'ayant été fait depuis le traitement général.

Vers le 11 janvier 1931, il montre une ébauche de récidive cutanée, de rougeur et de desquamation. L'examen, le 1er février 1931, ne décèle que quelques rugosités, à peine visibles. Remis au traitement, il est resté guéri, sans récidive.

Ayant eu l'occasion de le revoir pour un de ses enfants, nous avons pu constater que la guérison se maintenait complète, et c'est là le grand intérêt de cette

observation, car il est rare de pouvoir suivre les malades pendant plus d'une quinzaine d'années.

Réticulose métatypique tumorale sous-cutanée et en placards dermo-épidermiques simulant le parapsoriasis en plaques, par MM. H. Gougerot, Jean, Meyer et Mansour (Histologie par M. B. Duperrat).

Cette observation extraordinaire est à verser au dossier des réticuloses et des parapsoriasis en plaques.

En effet, ce malade, n° 148.959, 31 ans, officier, associe :

1° Une grosse masse tumorale sous-cutanée à la partie inférieure et antérieure du bras droit, au-dessus du coude, d'environ 120 × 150 millimètres, faisant donc une forte saillie dure et indolente.

2° Cinq placards dermo-épidermiques ayant l'aspect de parapsoriasis en plaques : le 1er indiqué ci-dessus sur la masse tumorale sous-cutanée, donc sur la face antérieure du bras droit et la débordant sur la face interne, s'étalant sur une hauteur de 160 millimètres et une largeur de 140 millimètres; le second, à la face antéro-interne du bras gauche de 180 × 110; le 3e et le 4e, sur les deux cuisses, plus diffus s'étendent de la partie supérieure des fesses et de la crête iliaque, descendant jusqu'au tiers inférieur des jambes avec des majorations sous forme de placards par exemple de 70 × 70 au-dessous du grand trochanter, de 150 × 150 à la face antéro-interne des cuisses et de 110 × 80 à la face externe des cuisses au-dessus du genou, atteignant le creux poplité et descendant jusqu'au tiers supérieur de la face postérieure de la jambe; le 5e, envahissant le fourreau de la verge et le scrotum sur toute leur étendue.

Sauf à la verge et au scrotum, l'aspect des quatre grands placards des membres est identique. Ce sont des lésions semblables à celles du parapsoriasis en plaques, largement étalées, à bords diffus s'estompant progressivement dans la peau saine, sur une largeur de 10 à 20 millimètres, légèrement squameuses, moyennement érythémateuses, commençant à se pigmenter. L'érythème et la pigmentation sont réticulés avec des mailles non pigmentées de 3 à 8 millimètres, irrégulières. Sur certains traits du réticulum, de largeur variable, de 1 à 5 millimètres, on distingue nettement des papulettes confluentes de 1 à 3 millimètres à peine saillantes. Pas d'infiltration dermique nette.

Le cinquième placard du scrotum et du fourreau est formé de lésions plus intenses, rouge-vif, avec desquamation abondante, infiltration dermique nette, indolente.

L'état général est satisfaisant, bien que le malade soit fatigué.

La formule sanguine montre : hématies 4.600.000, leucocytes 6.400, hémoglobine 90 o/o.

La radio pulmonaire montre des lésions banales de calcification et un hile droit étalé.

Les séro-réactions de Bordet-Wassermann, de Kahn, Meinicke sont négatives.

Ce sont les biopsies de la lésion tumorale et d'une lésion dermique qui fixeront le diagnostic de « Réticulose métatypique ressemblant au Hodgkin ».

Histologie. — Une biopsie profonde portant sur la face antérieure du bras droit et intéressant la peau et l'hypoderme permet d'examiner, à la fois, l'éruption épidermodermique et l'infiltrat tumoral sous-cutané profond. Les lésions sont les mêmes au-dessous de l'épiderme et dans l'hypoderme. Elles consistent en un infiltrat compact se disposant en nappes et en coulées à bords nets, sans émiettement. Cet infiltrat est polymorphe, à la fois lymphocytaire et réticulaire, mais la prédominance des éléments lymphocytaires est flagrante. Ceux-ci affectent, pour la plupart, l'aspect de lymphocytes, mais il existe des éléments plus jeunes à protoplasme visible, de nature probablement lympho-blastique.

Les éléments réticulaires sont disséminés au sein des plages précédentes, quel-

ques-uns deviennent assez volumineux, pour ébaucher des aspects de cellules macrophagiques, mais n'arrivent point au stade des cellules de Sternberg. Les capillaires participant à la néo-formation et, parfois même, à la coupe transversale, montrent un aspect de rosette dû à la turgescence des cellules endothéliales. Il est à noter que partout la trame conjonctive est conservée, tout au moins sous l'aspect d'un mince reticulum. Au niveau du derme superficiel, l'infilrat conserve exactement le même aspect, en certains points, il érode les couches inférieures pavimenteuses. En plusieurs endroits, existe une majoration dermique du pigment.

En conclusion : un tel aspect est celui d'une réticulose métatypique à prédominance lymphocytaire. Les lésions cutanées ne sont en rien différentes de l'infiltrat tumoral et représente la manifestation tégumentaire de la maladie.

Évolution. — Le malade est traité par radiothérapie par le Pr Didiée et il reçoit 600 r par champ (soit 3 × 200), sauf 300 r au scrotum. 150 Kw. 50/10 aluminium, le 28 novembre 1946.

Revu le 4 mars 1947 : la masse tumorale sous-cutanée profonde a diminué mais elle est encore infiltrée, diffuse sur 80 millimètres environ, dure et indolente; les 4 placards dermo-épidermiques des membres ont régressé légèrement dans leur teinte et leur desquamation; la pigmentation a augmenté; ils gardent les mêmes dimensions. Les lésions du fourreau de la verge et du scrotum restent intenses, rouges, squameuses, peu influencées par la radiothérapie.

Capillarite télangiectasique et purpurique, puis pigmentaire zoniforme d'un membre inférieur : médication iodurée, par H. Gougerot, Paul Blum et B. Duperrat.

Cette observation est intéressante : par la disposition zoniforme sur tout un membre inférieur, de la fesse à la jambe; par la transformation du purpura en taches ocres, sans doute sous l'influence de l'iodure de potassium pris par la bouche.

Le malade, n° 148.452, 45 ans, électricien, a, le 7 février 1947, des lésions de capillarite étalées tout le long de la face postérieure du membre inférieur droit, du haut de la fesse à la partie supérieure de la jambe, donc en une bande zoniforme formée de huit plaques inégales, à bords très irréguliers de 40 à 50 millimètres de large sur 40 à 100 millimètres de haut, constituées de petites macules ponctiformes ou réticulées, isolées ou confluentes, ocres, ne disparaissant pas à la vitro-pression, non infiltrées, actuellement sans télangiectasies et sans purpura.

Le début a été insidieux, en avril 1946, sans cause connue, sans zona, sans rhumatismes. Le 1er élément a été une tache rouge vif à la face postérieure de la jambe et au creux poplité droit. En juillet 1946, d'autres macules sont apparues progressivement, par multiplication des macules rouges, sans progression excentrique et, en environ trois mois, les lésions avaient la forme actuelle; elles étaient faites de points purpuriques et de télangiectasies.

En décembre 1946, le malade prend un gramme d'iodure de potassium par la bouche, par périodes de dix jours avec entr'actes de dix jours. En deux mois, il a absorbé, au total, trente grammes d'iodure de potassium. Au bout d'environ un mois, les taches rouges sont devenues ocres et il n'est pas apparu de nouvelles taches. Il semble donc bien que ce soit l'iodure qui ait amené cette guérison de la capillarite.

L'examen général ne révèle rien, sauf de l'hypercholestérinémie (2 gr. 94 par litre).

Les séro-réactions de Bordet-Wassermann et de Kahn sont toutes négatives.

Histologie. — L'épiderme, légèrement atrophié, est recouvert de squames orthokératosiques.

Le derme papillaire est plus dense que normalement, les rubans collagènes sont horizontaux, tassés les uns contre les autres, dépourvus de leur armature élastique. Les capillaires sont modifiés : tantôt larges et béants, tantôt obturés par la tur-

gescence de leur revêtement endothélial. On note la présence de mottes de pigment ayant les caractères du pigment ocre.

Capillarite purpurique en plaques, par MM. H. Gougerot, A. Carteaud et B. Duperrat.

Depuis que l'un de nous, en 1921, a étudié les capillarites, et en a fait un groupement clinique, les classant dans son article d'ensemble du *Journal des Praticiens* de 1928, les formes anatomiques des capillarites se sont multipliées ainsi qu'en témoigne le remarquable rapport de Touraine (*Société de Dermatologie* du 7 juillet 1937, p. 838). Récemment, avec Jean-Jacques Meyer et Duperrat, nous en montrions à la *Société de Dermatologie* du 12 décembre 1946, une forme curieuse : « Capillarite papuleuse blanche et pigmentée sur fond cyanotique ».

La malade d'aujourd'hui est le deuxième cas de capillarite purpurique en plaques, dont le premier cas (n° 145.847) a été présenté à la *Société de Dermatologie* du 13 décembre 1945 (p. 310) ; le premier cas associait des papulettes lichénoïdes qui manquent chez la malade actuelle. Cette forme est importante à connaître par la grandeur des plaques purpuriques dépassant plusieurs centimètres et tout à fait différentes des petits points purpuriques si souvent associés aux capillarites télangiectasiques des jambes.

La malade, n° 148.695, 29 ans, a vu, en 1944, un an après un accouchement compliqué de phlébite double, débuter des plages purpuriques sur la face interne des régions sus-malléolaires gauches.

En février 1947, à la jambe gauche, la lésion principale est une plaque grossièrement rectangulaire de 50 × 40 millimètres, d'un rouge violacé intense, homogène, légèrement surélevée au palper. L'épiderme légèrement brillant dans son ensemble, sans excoriation, est parcouru de striations blanchâtres rappelant d'assez loin celles du lichen plan. La vitro-pression ne décolore pas cette plaque et révèle le caractère hautement purpurique de cette lésion. A la périphérie de la lésion principale existent quelques îlots purpuriques de 2 à 3 millimètres de diamètre ne s'effaçant pas à la pression.

A la jambe droite, la lésion moins étendue forme une plaque arrondie de 10 millimètres environ de diamètre, de caractère identique à celle de la jambe gauche. Toutes ces lésions sont indolentes spontanément et à la pression. Pas d'autres lésions sur les jambes, pas de dermite ocre, pas d'atrophie, pas d'eczéma, pas de varicosités isolées. Il existe seulement des varices veineuses modérées.

L'état général est bon : Tension artérielle au Vaquez : 12-7 ; séro-réactions : toutes négatives au Bordet-Wassermann, Hecht, Kahn.

Erythrodermie arsenicale. Inefficacité préventive et curative de 4.810.000 unités de pénicilline, par MM. H. Gougerot et Vissian.

Cette observation est remarquable à deux points de vue : pour juger de l'efficacité préventive et curative de la pénicilline contre l'érythrodermie arsenicale ; pour éclairer le problème si discuté de la pathogénie de cette érythrodermie.

La malade n° 141.183, 42 ans, femme de ménage, est traitée au début de janvier 1947, pour un chancre vulvaire syphilitique, à l'Institut Prophylactique, d'abord par trois injections de cyanure de mercure, puis par du 606. Après la sixième injection de 606, faite le 20 mars, la malade accuse un prurit léger des quatre membres, sans lésions visibles, et bientôt apparaît un pointillage rouge, maculeux de 1 à 2 millimètres, presque généralisé.

C'est le 28 mars, à son entrée à la Clinique de Saint-Louis, l'eczéma arsenical typique, sans encore d'érythrodermie vésiculo-œdémateuse ; les lésions pointillées sont des vésicules d'eczéma, isolées ou confluentes, mais encore d'intensité légère.

Immédiatement, on institue, dès le 28 mars 1947, la pénicillothérapie, comme

préventif de l'érythrodermie que nous craignions : sous nos yeux, le 29 et le 30 mars, l'éruption augmente, les pointillés et vésicules confluent en un érythème diffus généralisé avec œdème cutané et sous-cutané de tout le corps. La face d'abord peu touchée, s'œdématie le 31 mars. L'état général est mauvais, fièvre à 38°5, oligurie, pas d'albuminurie. Séro-réactions : Bordet-Wassermann : H8; Hecht : H8; Kahn + + + +.

C'est donc le tableau classique de l'érythrodermie vésiculo-œdémateuse généralisée que la pénicilline n'a pas prévenue. Malgré la continuation de la pénicilline, l'érythrodermie vésiculo-œdémateuse poursuit son évolution habituelle. La desquamation commence le 2 avril sur les membres inférieurs et s'étend progressivement tandis que persistent rougeur, œdème, vésiculeux et que la température se maintient autour de 38°, 38°5 jusqu'au 11 avril.

La malade a reçu, pendant 15 jours, du 28 mars au 12 avril, 320.000 à 300.000 U. par jour, totalisant 4.810.000 U. Or, le 24 avril, la malade est encore rouge, desquamante avec œdème léger de la face, œdème marqué des deux pieds.

Cette observation prouve que la pénicilline n'a pas empêché le développement progressif et rapide de l'érythrodermie vésiculo-œdémateuse arsenicale, bien qu'elle ait été commencée au stade d'eczéma arsenical, avant l'érythrodermie vésiculo-œdémateuse.

Elle prouve que la pénicilline n'a pas guéri cette érythrodermie vésiculo-œdémateuse une fois constituée; au contraire, la fièvre a persisté, malgré la pénicilline, une quinzaine de jours environ.

Et cependant les doses furent fortes, 320.000 U. par jour, en moyenne, totalisant, en 15 jours, 4.810.000 U.

Ce n'est qu'une observation, mais elle prouve, dans ce cas, l'inefficacité préventive et curative de la pénicilline. Elle confirme les communications de Flandin, Basset et Morin du 14 novembre 1946, de R. Degos et Garnier du 12 décembre 1947.

Nous nous proposons, à la prochaine occasion, de recommencer l'expérience.

Cette observation confirme la conception que nous avons toujours défendue, que l'érythrodermie vésiculo-érythémateuse est une toxicodermie qui peut se compliquer d'infection secondaire staphylococcique et streptococcique, comme l'ont démontré Léon Tixier et ses continuateurs.

Cette observation, quasi expérimentale, est la reproduction des observations plus nombreuses qu'avec mes différents collaborateurs, nous avons présentées, ici-même, d'érythrodermie vésiculo-œdémateuse arseno-benzolique, traitée par les sulfamides. Nous n'avons jamais assisté à des guérisons rapides spectaculaires, citées par certains auteurs, bien que les sulfamides aient été commencées au stade de l'eczéma arsenicale, avant l'érythrodermie.

En conclusion, la pénicilline, pas plus que les sulfamides, ne nous paraît prévenir ni guérir l'érythrodermie vésiculo-œdémateuse, mais elle rendra service contre les complications.

M. Ch. Flandin. — L'intéressante communication de H. Gougerot confirme les travaux que nous avons apportés avec Basset : la pénicilline ne prévient pas et ne guérit pas les érythrodermies arsenicales. Qu'il s'agisse de sulfamides ou de pénicilline : ajouter à un syndrome d'intolérance des substances susceptibles de produire l'intolérance, c'est un complet manque de bon sens.

Syndrome d'hyperkératose d'évolution prolongée (cas pour diagnostic), par MM. R. Degos, E. Lortat-Jacob, L. Harmel-Tourneur et A. Sainrapt.

Ce malade, qui a déjà fait l'objet d'une présentation devant la Société en décembre 1942, par MM. Sézary et Vermenouze (1) sous le titre de « forme verruqueuse du

(1) MM. A. Sézary et F. Vermenouze. *Soc. fr. de Dermat.*, 10 décembre 1942, p. 499

lupus exanthématique à évolution prolongée » est atteint de lésions verruqueuses et érythémato-squameuses très particulières pour lesquelles nous n'oserions porter aucun diagnostic ni clinique, ni histologique. Celui de lupus exanthématique, envisagé en 1942, semble difficile à admettre actuellement.

C... E., 60 ans, a présenté pour la première fois en 1935, des éléments verruqueux aux mains et aux pieds, d'apparition brutale, et ayant disparu en 15 jours sans traitement.

En janvier 1941, apparaît une tuméfaction érythémateuse des mains dont l'aspect aurait rappelé celui d'engelures. En avril 1941, surviennent des lésions verruqueuses sur le dos des doigts et des orteils, et un état squameux autour de la bouche et sur le gland. Après une amélioration au cours de l'été 1941, une rechute se produit en janvier 1942 suivie d'une nouvelle amélioration pendant l'été 1942 et une reprise en octobre 1942. C'est alors que le malade consulte M. Sézary, qui la présente à la Société de dermatologie en décembre 1942.

Dans l'observation de décembre 1942 sont notés les lésions verruqueuses des doigts et des orteils avec des taches violacées et tuméfiées sur les orteils, l'état verruqueux et fissuraire des lèvres, une langue scrotale, des conjonctives rouges, une lésion érythémato-verruqueuse du gland, une raucité de la voix avec aspect objectif de laryngite chronique (*Photo Musée Hôp. Saint-Louis*, n° 26.306/307).

Les thérapeutiques instituées, et, en particulier les séries répétées de bismuth, n'ont pas modifié les lésions qui s'améliorent spontanément pendant la belle saison et s'accentuent pendant les périodes d'hiver. Le malade entre dans notre service en février 1947.

État actuel. — *Sur les mains*, la face dorsale des phalangettes de tous les doigts est recouverte par une nappe hyperkératosique, verruqueuse, plâtreuse, blanc-grisâtre, fissurée sur deux doigts. Cet aspect verruqueux se prolonge sur le bord externe des deux index jusqu'à hauteur de l'articulation phalango-phalangienne, et déborde sur les faces palmaires des deux auriculaires où il est limité par un érythème lilacé. Un petit état verruqueux linéaire et transversal occupe les sillons palmaires des articulations phalango-phalangiennes. Les pulpes des doigts sont indemnes sauf ceux du médius droit et des deux annulaires où une importante verrucosité décolle et soulève les ongles (*Photo Musée Hôp. Saint-Louis*, n° 2994-2995).

A côté de ces nappes verruqueuses, existent des taches érythémato-verruqueuses de 1 à 3 millimètres de diamètre, disséminées irrégulièrement sur le dos des premières phalanges et dans les espaces interdigitaux. Certaines de ces taches sont entourées d'un halo lilacé.

Sur les pieds, on retrouve de manière beaucoup plus discrète cet aspect verruqueux, prédominant spécialement sur le petit orteil gauche et sur la face palmaire du gros orteil droit. Néanmoins, les ongles sont entourés par des proliférations hyperkératosiques surtout nettes aux 2e et 3e orteils droits ; les ongles sont eux-mêmes hyperkératosiques.

La *bouche* est entourée d'un érythème squameux prédominant à la région de la moustache, descendant le long des commissures et s'accompagnant de fissures à hauteur des orifices narinaires. Une tache érythémato-squameuse de 10 millimètres de diamètre existe dans la région sous-oculaire droite. Les squames sont en partie soulevées, larges, et se détachent facilement à la curette ; cet aspect rappelle celui d'une parakératose infectieuse. La lèvre inférieure est verruqueuse, d'aspect jaunâtre, fissurée. La lèvre supérieure moins atteinte est néanmoins le siège d'une fissure paramédiane dont les bords sont hyperkératosiques. A la jonction de la muqueuse et de la demi-muqueuse, là où s'arrête l'aspect verruqueux de la lèvre inférieure, existe un état leucokératosique formant des traînées (*Photo Musée Hôp. Saint-Louis*, (n° 2971).

La *langue*, d'aspect scrotal, est dépapillée en partie, sans atrophie. Des traînées leucokératosiques parcourent sa face dorsale ; elles sont surtout nettes sur les bords, arrivant à former de véritables saillies verruqueuses blanches et dures. Cet état kératosique de la langue n'existait pas en 1942. Les muqueuses jugale et palatine sont normales.

La *laryngite* chronique, notée sur l'observation de 1942, persiste. Mais les examens laryngoscopiques comparatifs, effectués par M. Bouchet montrent la disparition de la rhagade observée sur la commissure postérieure en 1942 et l'apparition d'une légère verrucosité blanchâtre sur l'épiglotte.

Sur les bras, existe une éruption formée de taches lenticulaires érythémato-squameuses prédominant sur les faces antérieure et interne. Les éléments sont peu nombreux, rappelant un peu par leur aspect le parapsoriasis en gouttes. On note sur le tronc des macules pigmentaires, vestiges vraisemblables d'une éruption antérieure (*Photo Musée Hôp. Saint-Louis*, n° 2970).

Sur le gland, large enduit squamo-croûteux, facilement décollable, empiétant sur le sillon balano-préputial, recouvrant une muqueuse légèrement humide (*Photo Musée Hôp. Saint-Louis*, n° 29.116).

Rectoscopie : jusqu'à 18 centimètres, aucune lésion verruqueuse, muqueuse congestive avec vaisseaux dilatés par endroits. *Gastroscopie* : muqueuse d'aspect et de couleur normaux, sans œdème, et sans état verruqueux.

État général satisfaisant. Poids 51 kilogrammes. Cœur et tension artérielle normaux. Réflexes tendineux exagérés aux membres inférieurs et supérieurs, sans signe de Babinski, sans modification de la force musculaire, sans trouble de la sensibilité. Hémogramme : G. R. 4.780.000, Hémogl. 80 o/o, G. B. 3.800 (Poly. neutro. 78, Éosino. 2, Lympho. 8, Moyens mono. 5, Grands mono. 7). Les réactions sérologiques sont négatives. Sédimentation des hématies : 4-20-100. Calcémie 96. Cholestérol sanguin 2,10. Phosphore minéral, 5 mgr. 5 o/o et phosphatase 3,5 unités Bodansky. Urines : ni sucre, ni albumine.

Les dosages de vitamines dans le sang ont donné des chiffres voisins des chiffres normaux. Vitamine A : 124 U. I. o/o de plasma. Carotène 32 γ o/o de plasma. Vitamine C : 1 mgr. 56 par litre de plasma. Vitamine PP : 496 o/o de sang total. Acide pyruvique : 1 mgr. 36 o/o de sang total. L'épreuve de Tillmans sur les urines a montré un fort déficit d'élimination d'acide ascorbique après épreuve de charge.

L'intradermoréaction à la tuberculine au 1/1.000 est fortement positive avec un centre purpurique de 12 millimètres entouré d'une aréole rouge œdémateuse de 25 millimètres.

Les *examens histologiques* ont porté sur trois biopsies (M. Duperrat) :

a) Les lésions érythémato-squameuses de l'avant-bras montrent un épiderme irrégulier dessinant des aspérités, recouvert de strates orthokératosiques avec granulosa d'épaisseur inégale. Œdème du corps papillaire et aspects du collagène qui évoquent la sénescence de celui-ci. Infiltrat lymphocytaire autour des vaisseaux et tuméfaction des cellules périthéliales.

b) Les lésions verruqueuses des doigts sont constituées par une couche cornée épaisse reposant sur une hyperacanthose considérable. Infiltrats lymphocytaires très irrégulièrement répartis et dilatations des vaisseaux lymphatiques.

c) Les lésions leucokératosiques de la langue montrent une hyperacanthose très accentuée avec allongement considérable des prolongements interpapillaires. Infiltrats lympho-plasmocytaires du chorion. Pas de vascularite hypertrophique.

Aucune conclusion histologique n'est possible. M. Civatte qui a bien voulu examiner ces coupes estime que le diagnostic de lupus érythémateux ne peut être histologiquement ni confirmé, ni infirmé.

M. Sézary. — Ce malade pose la question des limites du lupus exanthématique. Celui-ci, dans sa forme typique et fébrile, comme j'en ai publié un cas en 1937, est souvent mortel. Mais il existe des formes subaiguës et curables. J'en ai publié un premier cas en 1941 (bulletins, p. 195) que j'ai revu récemment et qui conserve des lésions disséminées de lupus érythémateux, puis un second cas en 1943 (bulletins, p. 180) avec complication pulmonaire qui a également conservé des lésions de lupus érythémateux chronique. Quand j'ai observé en 1942 (bulletins, p. 499) le malade représenté aujourd'hui par M. Degos, aucun autre diagnostic ne m'a paru possible. Et je le pense encore aujourd'hui. Ce n'est pas l'état verruqueux, déjà signalé dans le lupus érythémateux banal, qui peut s'inscrire contre lui. D'autre part, les lésions histologiques que j'ai étudiées avec M. Civatte, sans être pathognomoniques *comme celles de tout lupus exanthématique*, s'accordaient avec ce diagnostic.

Sclérodermie en bande de la muqueuse gingivo-labiale avec alvéolyse, par MM. R. Degos, A. Lattès et P. Cernéa.

L'intérêt dermatologique de cette observation est dans la localisation anormale d'une sclérodermie en coulée qui s'étend sagittalement sur les muqueuses labiale supérieure, gingivale et palatine; et qui s'accompagne d'une alvéolyse de l'incisive médiane supérieure droite. Cette sclérodermie aurait succédé à une brûlure de la lèvre supérieure par une cigarette.

M. F. M., 35 ans, déclare s'être brûlé il y a cinq mois la lèvre supérieure, près de la partie médiane, par une cigarette. Cette brûlure aurait intéressé le versant cutanéo-muqueux de la lèvre. A la suite de brûlure le malade a constaté une lésion

blanchâtre qui peu à peu s'est étendue le long du versant muqueux. Malgré l'absence de signes subjectifs, le malade a, de lui-même, effectué des attouchements avec une solution de novarsénobenzol.

Le malade, vu trois mois plus tard, présente une lésion de la lèvre supérieure, juxta médiane droite, en bande, de 20 mm. de largeur, à bords nets et parallèles, d'un blanc mat. Cette lésion s'étend en coulée sur toute la hauteur de la demi-muqueuse et de la muqueuse, gagne le vestibule supérieur et redescend le long de la muqueuse de la gencive, atteint l'incisive médiane droite et déborde légèrement sur la muqueuse palatine en franchissant les septa interdentaires (*Photo Musée Hôp. Saint-Louis*, n° 28.881)

Cette lésion est extensive. Nous avons pu constater sa progression à la fois vers la muqueuse palatine et vers la peau. Son extrémité antérieure correspondait à la limite de la demi-muqueuse et de la peau. Mais elle déborde actuellement très discrètement sur la zone cutanée (1).

La tache blanche a une surface lisse, nullement atrophique, ne rappelant d'aucune façon une lésion cicatricielle. La palpation fait percevoir une légère infiltration œdémateuse, mais pas de véritable sclérose; elle est dans son ensemble assez souple.

L'incisive est déchaussée, très légèrement mobile et l'alvéole est résorbée sur deux à trois millimètres. Le ligament circulaire a presque disparu et on voit de tout petits bourgeons rougeâtres qui semblent faire issue à travers le ligament.

La *radiographie* montre un interstice interdentaire élargie entre les collets des deux incisives médianes, et entre l'incisive médiane droite et l'incisive latérale. La destruction osseuse est certaine mais de peu d'importance.

L'*examen histologique* décèle un épaississement de la muqueuse et un infiltrat lympho-plasmocytaire des crêtes papillaires du chorion. Il existe une hypervascularisation sous-jacente.

Epidermolyse bulleuse dystrophique, type albo-papuloïde de Pasini, par MM. R. Degos, E. Lortat-Jacob, J. Delort et A. Sainrapt.

Le malade que nous présentons réalise un type très net de l'épidermolyse congénitale bulleuse et albo-papuloïde décrite par Pasini. Cette affection rare rentre dans le cadre de l'épidermolyse bulleuse dystrophique. Le caractère familial et héréditaire n'a pu être précisé dans notre cas, du fait d'un interrogatoire impossible. L'intérêt de cette observation réside dans l'évolution des éléments albo-papuloïdes, dont les rapports avec les bulles et les taches atrophiques post-bulleuses restent très discutés par les écoles étrangères. Il est possible, chez notre malade, de distinguer très nettement les éléments albo-papuloïdes et les bulles : ce sont des formations toutes différentes. Par contre, on perçoit indiscutablement la transformation d'éléments papuloïdes en taches atrophiques, mais celles-ci sont faciles à distinguer des macules atrophiques post-bulleuses. Enfin, si notre cas semble se ranger dans la forme d'épidermolyse dystrophique avec hyperépidermotrophie, de par les lésions d'hyperkératose, on note cependant le peu de développement du système pileux.

T. arabe algérien de 22 ans, entre dans le service le 6 mars 1947 pour une dermatose qui date de l'enfance. L'interrogatoire est presque impossible, le malade parlant peu le français, mais on croit comprendre que le début de l'affection actuelle remonte à la plus tendre enfance vers l'âge de 1 à 2 ans (?).

L'éruption est caractérisée par 2 sortes de lésions :

1° Des bulles claires, tendues, ou flasques, siègant actuellement sur le dos des mains et aux coudes, de 2 à 15 millimètres de diamètre.

Sur le reste du corps, disposées inégalement mais prédominant nettement aux points de pression (coudes, dos des mains, fesse, face externe des jambes, face postérieure des cuisses et genoux) on note d'innombrables macules rondes lilacées, à épi-

(1) Depuis cette publication, la bande de sclérodermie a atteint l'orifice narinaire droit et le dos du nez.

derme gaufré, nettement atrophiques, de 5 à 15 mm. de diamètre, vestiges de bulles antérieures.

2° Des élevures papuloïdes prédominant dans la gouttière vertébrale, sur la région lombaire et sur la région thoracique antérieure. Ces élevures peu saillantes, de coloration plus blanche que la peau avoisinante, de consistance élastique, sont vaguement nummulaires dans l'ensemble, de 2 à 5 mm. de diamètre ; certaines ont des prolongements dendritiques, d'autres prennent un aspect linéaire (*Photo Musée Hôp. Saint-Louis*, n° 29.120).

Sur les régions lombaires, ces éléments perdent pour la plupart leur caractère papuleux et leur configuration nummulaire. Ils forment un vaste réseau à contour d'archipel, de coloration blanche ou lilacée, à épiderme finement gaufré, atrophique (*Photo Musée Hôp. Saint-Louis*, n° 29.122).

La *transformation des éléments papuloïdes en éléments atrophiques* se fait progressivement et aucun doute n'est possible sur la filiation des éléments.

Une *ponctuation folliculaire* s'observe sur certains éléments papuloïdes des épaules. Ces éléments sont d'ailleurs dans cette région très peu papuloïdes ou même atrophiques, et ils ne sont vraiment visibles que sous certains éclairages, qui font percevoir une folliculose nette. Les taches sont dessinées et limitées par un semis granité folliculaire, sans spinulosisme, comme si le follicule pileux était momentanément respecté, tandis que la peau avoisinante s'atrophie (*Photo Musée Hôp. Saint-Louis*, n° 29.181).

Des formations kératosiques s'observent sur la paume des mains et les faces latérales des doigts. Ce sont des taches jaunâtres de 2 à 5 mm. de diamètre, certaines en forme de virgule, peu ou pas saillantes sur la peau, mais très dures au toucher, formant comme une hyperkératose en goutte ou linéaire. Il existe en outre des grosses verrues jaunâtres ayant l'aspect de verrues banales.

Les ongles des doigts, sauf les auriculaires, sont tous atteints. Ils sont hyperkératosiques à leur matrice, mais tous sont tombés à leur extrémité distale ne formant plus que des moignons d'ongles. Aux pieds, les ongles ont presque complètement disparu.

Les cheveux et les poils pubiens sont d'abondance normale. Mais la barbe est complètement absente, la moustache est très discrète et il n'existe qu'une dizaine de poils dans la région axillaire. Dents normales. Langue normale. Leucokératose jugale droite linéaire à la commissure antérieure. Sur la *muqueuse palatine* on constate quelques petites taches papuloïdes de 2 à 5 mm. de diamètre et une en forme de virgule.

Examen somatique normal. Taille 1 m. 68. Cœur et réflexes normaux. B. W. négatif. Porphyrinurie normale. Métabolisme basal : 29 o/o.

Examen histologique d'un élément albo-papuloïde : Orthokératose en surface. Épiderme aminci semblant repoussé par une hyperplasie fibreuse ou par un derme densifié. La basale a un aspect rectiligne. Hyperplasie des éléments périthéliaux des capillaires.

Lipolyse segmentaire et symétrique « en capitonnage », par MM. R. Degos, Macé de Lépinay et E. Louveau.

Les lésions hypodermiques très curieuses dont est atteinte cette malade ne répondent à aucune affection dont nous ayons connaissance. Elles siègent symétriquement sur les membres supérieurs et apparaissent sous l'aspect de méplats et de saillies, disposées en damier. A prime abord, ce sont les saillies qui pourraient être considérées comme les formations pathologiques, et être prises grossièrement pour des sarcoïdes hypodermiques. Mais l'examen clinique plus attentif montre que les saillies sont, au contraire, les zones restées indemnes et que le processus pathologique consiste en une fonte de l'hypoderme autour de celles-ci. L'examen histologique confirme qu'il s'agit d'une disparition presque complète du tissu adipeux en certains points.

Cette lipolyse segmentaire est apparue spontanément, il y a huit mois, et ne résulte pas de l'introduction de substances chimiques : il n'y a pas eu d'injections médicamenteuses, pas d'insuline en particulier. La disposition symétrique évoque d'ailleurs un trouble général. Cette altération du tissu adipeux coïncide chronologiquement avec des manifestations articulaires diffuses, type rhumatisme subaigu.

Mme J. H., 62 ans, est traitée depuis quinze mois pour des douleurs articulaires, avec tuméfactions intermittentes des articulations et surtout des tissus péri-articulaires, siégeant aux poignets, aux coudes, aux genoux, aux hanches et aux mains. Ces manifestations articulaires ont débuté trois semaines après une angine banale qui avait provoqué une très grande fatigue. Le salicylate de soude a dû être abandonné très précocement du fait d'une mauvaise tolérance.

Les modifications des téguments sont apparues il y a huit mois. La malade avait été traitée pendant six mois par des massages pour son « rhumatisme », et un amaigrissement assez important était survenu. C'est après la cessation des massages que se sont développées les lésions des bras.

Sur les deux membres supérieurs, symétriquement, existent des saillies sous-cutanées, vaguement hémisphériques, de 20 mm. à 30 mm. de diamètre. Elles sont au nombre d'une cinquantaine sur chaque membre « matelassant » la face externe du bras et de la partie supérieure de l'avant-bras. Elles laissent indemnes les épaules. Ces saillies ont la consistance élastique des tissus normaux ; elles ne sont nullement indurées. Entre les saillies existent des méplats, les uns étroits séparant deux saillies très rapprochées, les autres ayant une largeur à peu près égale à celle des saillies. Ces dépressions semblent reposer presque directement sur les masses musculaires, sans interposition de tissu sous-cutané. La peau recouvrant saillies et dépressions est absolument normale, de teinte et de structure (*Photo Musée Hôp. Saint-Louis*, no 2.961).

Des lésions semblables existent à la partie haute de la fesse droite, alors que la fesse gauche est indemne. Le reste des téguments est normal. Il y a une certaine adiposité abdominale.

Il est difficile d'apprécier sur les régions atteintes l'état musculaire. Une amyotrophie légère semble cependant exister aux membres supérieurs. Les articulations sont un peu enraidies, avec limitation des mouvements des épaules, des coudes et des genoux. Il n'y a pas d'autres troubles fonctionnels. La force musculaire est conservée. Les réflexes tendineux sont normaux. L'état général est bon, il n'y a pas de fièvre. Le bilan rénal est satisfaisant ; on constate dans les urines des polynucléaires très altérés et une flore microbienne variée (coli, entérocoques et staphylocoques). La sérologie est négative.

L'*examen histologique* d'une large zone atteinte (bras) prélevée chirurgicalement, montre un épiderme et un derme normaux. Par contre, dans l'hypoderme examiné sur toute sa hauteur, on constate une inégalité frappante dans la répartition du tissu adipeux. En certains points, le tissu adipeux est presque inexistant. Il n'existe aucun infiltrat cellulaire.

Dans les antécédents de la malade, on note une coxalgie gauche apparue en 1904 après une chute de cheval, et pour laquelle elle fût plâtrée pendant six ans à Berck. De nombreuses injections sous-cutanées et intramusculaires ont été faites à cette époque (cadodylate de soude) ; elles auraient été pratiquées à la fesse droite, la gauche étant plâtrée et quelques-unes auraient été faites aux bras. Mais aucune autre injection n'a été pratiquée aux bras depuis 37 ans. La malade a eu une angine diphtérique en 1940 pour laquelle ont été faites des injections de sérum antidiphtérique aux cuisses

Lichen aurique érythrodermique ; guérison rapide par pénicilline et bismuth quotidiens, par MM. Touraine, Golé et Foucquier.

Ce malade, âgé de 53 ans, est soigné, en Médecine générale, pour un abcès du poumon droit, avec réaction pleurale, survenu 15 jours après opération pour un ulcère du duodénum. Il reçoit 300.000 U. de pénicilline chaque jour pendant 35 jours et de la crisalbine à raison de 1 puis 2 injections par semaine, aux doses successives de 10, 20, 30, 40 et 50 × 3 centigrammes (au total 2 gr. 50 du 16 janvier au 26 février 1947). La surveillance des urines, du sang ne montre rien d'anormal ; les hématies, pendant ce temps passent de 3.300.000 à 4.300.000 et les polynucléaires restent à 78 et 74 o/o. L'état pulmonaire s'améliore rapidement ; la température est normale. Cependant, on note le 18 février un léger œdème des jambes, le 22 février une certaine rougeur diffuse des téguments et le 26 février un prurit intense sur les avant-bras, une sensation de brûlure dans la bouche. Très rapidement la dermatose apparait et se généralise. Le 12 mars, à l'entrée dans le service, on constate une érythrodermie généralisée, fortement squameuse et par places suintante sur la face, le cou, les épaules, les bras, les cuisses. Sur ce fond, une profusion de petites papules de lichen, d'un rouge vif ou brun, recouvrent presque à se toucher, la racine des membres et tout le tronc, particulièrement les flancs. Forte stomatite avec brûlure intense, grande

gêne à l'ouverture de la bouche, gencives gonflées et rouges, nombreux éléments de lichen sur la langue et les joues, adénopathie sous-maxillaire. Rate et foie normaux ; pas de fièvre ; bonne diurèse à 1 l. 250, urines normales ; azotémie à 0 gr. 35 ; sang : hématies 3.200 000, leucocytes, 6.500 (poly. neutro 67, éosino 17, lympho 12, mono 4 ; liquide céphalo-rachidien : cellules 1, albumine 0,22, benjoin normal, B-W négatif.

Espérant déplacer l'or de ses combinaisons tissulaires en injectant un métal lourd, nous avons choisi le bismuth (bivatol) que nous avons donné chaque jour pendant 11 jours (du 14 au 24 mars) à la dose d'une ampoule pleine. Pour supprimer son action sur la muqueuse buccale et activer la tolérance, nous avons injecté, chaque jour, 200.000 U. de pénicilline.

L'efficacité de ce traitement nous a surpris par son intensité et sa rapidité. Dès le lendemain de la première injection, le malade ouvrait facilement la bouche ; la sensation de brûlure buccale disparaissait en 48 heures. En 24 heures encore, le suintement de la peau s'asséchait et la rougeur diminuait ; l'érythrodermie n'était plus visible en 5 jours. Il a fallu 6 jours pour que les papules de lichen s'affaissent et ne laissent que de petites taches pigmentées. Seul le lichen buccal persistait après 20 jours.

Les sels d'or ont été recherchés dans le sang et les urines ; ils y ont été trouvés le 14 mars, 16 jours après la fin de la chrysothérapie ; le 22 mars on n'en a trouvé que dans le sang ; le 15 avril ils avaient disparu des deux milieux.

Ce résultat remarquable nous paraît mériter d'être signalé; de nouveaux cas permettront peut-être de le confirmer et d'étendre son principe et l'application de cette méthode à d'autres accidents de la chimiothérapie et notamment de l'arsénothérapie.

Urticaire atrophiante voisine du type Pellizzari, par M. A. Touraine.

Femme de 22 ans, grande, robuste, sans aucun antécédent familial ni personnel notable. Aucune manifestation dysendocrinienne.

Depuis l'âge de 15 ans, poussées quasi-quotidiennes, sans influence du régime alimentaire, de 2 à 19 éléments érythémato-ortiés de 5 à 20 millimètres de diamètre persistant un ou deux jours et disparaissant sans séquelles immédiates. Ces éléments sont restés confinés pendant 3 ou 4 ans à la face (et notamment aux paupières), sur le cou, la ceinture scapulaire. Ils sont alors devenus de plus en plus rares dans ces régions, pour y disparaître depuis 2 ans ; mais, progressivement, ils se sont formés sur des secteurs de plus en plus bas situés, d'abord sur la poitrine, puis sur le ventre, enfin, depuis quelques mois, sur la partie supérieure des cuisses.

Peu à peu, les régions antérieurement atteintes, sont devenues le siège d'un double processus, surtout d'atrophie mais aussi, accessoirement, d'épaississement de la peau en certains secteurs avec fort état séborrhéique.

L'*atrophie* atteint principalement les régions de la face à peau fine. Celle-ci est mince, lache et tombe en plis ou tabliers, entraînant une chute des paupières (forte blépharochalazie), du lobule des oreilles, de la partie inférieure des joues, des faces antérieure et latérales du cou. Sur le cou, les creux sus-claviculaires, les régions deltoïdiennes et axillaires, la partie toute supérieure de la poitrine, la peau est particulièrement mince, finement gaufrée, un peu pâle. A la palpation de la limite des secteurs atteints on perçoit nettement l'amincissement brusque de la peau, sa plus grande souplesse.

Par contre, sur le front, la partie supérieure des joues, les pommettes, le nez, la région péri-buccale, le menton, la nuque, les régions scapulaires et vertébrale, la peau est fortement épaissie, semée de rides larges, persistantes, criblée d'ostia pilo-sébacés dilatés, fortement séborrhéique, non prurigineuse. Le mélange des deux processus donne au visage de cette jeune femme un aspect rude et en même temps vieilli d'une virago de 50 ans, à tel point qu'elle nous a été adressée avec le diagnostic de progeria après avoir reçu, sans résultat, 21 millions d'U. de pénicilline.

Cependant, la haute taille de cette malade (1 m. 64), son poids (72 kilogrammes), l'intégrité de ses viscères (tension 13-8 ; sang normal ; calcémie 0 gr. 88 ; cholestérolémie 1 gr. 47 ; réflexe oculo-cardiaque normal, etc.), de son état psychique, des organes et fonctions sexuels permettent d'éliminer ce diagnostic. Celui d'urticaire atrophiante en nappe, voisine de l'anétodermie urticarienne maculeuse type Pellizzari nous paraît plus probable, mais avec cet élément anormal supplémentaire de pachydermie régionale avec séborrhée.

La biopsie d'un élément urticarien n'a montré qu'un fort amincissement de l'épiderme réduit à 4 ou 5 assises cellulaires riches en cellules dyskératosiques (desmolyse,

ségrégation, corps ronds), une réduction du tissu élastique, un tissu conjonctif lâche très pauvre en cellules ; pas de mastzelles, capillaires rares mais normaux. La question reste de savoir si les éléments urticariens sont la cause ou la conséquence des altérations cutanées.

Lésions d'arsénorésistance impétiginiforme chez un enfant traité depuis deux ans par le sulfarsénol, par M. Olivier DELZANT.

L'observation que nous rapportons est un nouveau cas d'arséno-résistance, mais dont l'intérêt vient à ce qu'il s'agit d'un enfant de deux ans.

L'enfant V... Patrice, est né à 8 mois, le 31 octobre 1944, pesant 2 kg. 200. Nous sommes appelé à le voir le 26 décembre ; il présente des signes de syphilis congénital floride avec corryza, érosions péribuccales, œdème généralisé avec gros foie et grosse rate. Les réactions sérologiques sont fortement positives chez le père et la mère, témoins d'une syphilis sérologique jusque-là ignorée.

Après une série de 20 frictions mercurielles, l'enfant est mis au sulfarsénol. Durant la 1re année, il reçoit 4 séries de sulfar de 35, 53, 67, 63 centigrammes ; les 3 premières séries étant espacées de 3 semaines et un mois, entre la 3e et la 4e, l'intervalle a été de deux mois. Durant la 2e année l'enfant reçoit 3 séries de sulfar de 1 gr. 20 pour un enfant pesant 11 kilogrammes. Entre chaque série l'intervalle a été de 1 mois 1/2.

Au cours de la dernière série de sulfar la mère a constaté l'apparition à l'avant-bras droit une éruption qui s'est étendue peu à peu de façon excentrique et qui a persisté malgré différents traitements locaux institués. Cette éruption dure depuis 3 mois, quand nous voyons l'enfant, elle est constituée à droite par une lésion infiltrée de coloration rouge cuivrée recouverte de squame, à disposition annulaire. Le centre de la lésion est cicatriciel, à gauche la lésion d'apparition plus récente est moins étendue et donne plus l'impression d'une lésion d'impétigo.

Un traitement local anti-infectieux est institué pendant 10 jours, avec bains de permanganate et cristal violet, sans résultats. Sous l'action du traitement bismuthique, les lésions disparaissent complètement dès la quatrième injection de bivatol infantil. Signalons que les réactions sérologiques de cet enfant sont encore fortement positives après deux ans de traitement.

Cette observation nous a paru intéressante car je crois que les cas d'arséno-résistance chez l'enfant sont exceptionnelles. Habituellement on traite la syphilis héréditaire du nourrisson presqu'uniquement au sulfarsénol. Ce cas montre l'intérêt même chez le très jeune enfant de cures plurimédicamenteuses.

Il est d'autre part difficile de parler ici de souche arséno-résistante. Les parents en effet, n'ont jamais présenté d'accidents cutanés. Cependant la mère traitée uniquement au bismuth a eu son Bordet-Wassermann négativé à la suite de la 2e série bismuthique, alors que chez le père les réactions sérologiques n'ont été négatives qu'après une série de bismuth et une série de sulfar alterné et une série mixte arséno-bismuthique conjugué.

Prurit ano-vulvaire féroce traité par l'accouchement provoqué et des électro-chocs, guéri par les anti-œstrogènes, par M. Georges GARNIER.

S'il est admis que le prurit vulvaire ou anovulvaire peut-être d'origine hormonale (et j'en ai publié un bel exemple en 1942 (1)), il est rare d'en rencontrer d'aussi intense que celui qui fait l'objet de cette communication et où l'action des hormones soit aussi démonstrative.

Une jeune femme de 26 ans m'est adressée en décembre 1946 pour un prurit anovulvaire féroce qui dure depuis des années et a subi en 1945 une recrudescence considérable avec une atteinte marquée de l'état général et des troubles psychiques importants.

(1) Georges GARNIER, Le prurit vulvaire hormonal, sa variété pubertaire. *Bull. Soc. fr. Derm. et Syph.*, 9 juillet 1942, p. 369.

Elle raconte l'histoire suivante : c'est à l'âge de 14 ans, en même temps que s'installaient les règles que le prurit est apparu. D'abord anal, il était à cette époque d'intensité modérée n'entraînant pas d'insomnie.

En 1943, la patiente se marie, le prurit s'étend à la vulve et augmente notablement : traité par l'antergan et diverses médications qui amènent des améliorations transitoires.

En juin 1945, la malade est enceinte et voit son prurit disparaître pendant 6 mois. Mais vers le 6e mois de la grossesse, à partir de décembre 1945, le prurit reparaît particulièrement violent, empêchant bientôt le sommeil, le repos, résistant à toutes les thérapeutiques, autohémothérapie, sédatifs divers, rayons ultra-violets, traitements des hémorroïdes. Bientôt l'état psychique devient inquiétant, du fait de la privation de sommeil, et de l'intensité du prurit. C'est pourquoi, les médecins qui la soignent décident d'interrompre la grossesse et de recourir à l'accouchement provoqué au 8e mois.

Malgré cette thérapeutique énergique, le prurit continue, la malade est alors dans un état d'agitation intense, avec raptus anxieux, cris, insomnie totale, rebelle à tous les narcotiques, barbituriques opiacés (y compris la morphine).

Elle est alors mise en clinique où on l'isole, la désintoxique. Malgré cela, devant l'état psychique, le psychiâtre qui la soigne recourt à l'électro-choc. Elle a eu 2 électro-chocs convulsivants et 3 électro-absences qui amènent une amélioration, le retour du sommeil et font disparaître toute la « superstructure psychique ». Mais le prurit persiste. On recourt alors à la radiothérapie suivant la méthode de Gouin : 2 séances de 375 r. et 200 r. sur le renflement lombaire, plus deux séances sur la région anale et vulvaire (275 r. à feu nu). Il y a une amélioration, le prurit est moins marqué le jour, mais persiste la nuit.

Quand je vois la malade le 10 décembre 1946, elle a le teint gris, les traits tirés, se paignant en pleurant d'un prurit qui est redevenu féroce, provoquant de l'insomnie, lui rendant la vie impossible.

A l'examen la région anale est lichénifié avec de profondes excoriations de grattage qui se prolongent jusqu'à l'intérieur de l'anus. La vulve est aussi le siège de lésions de grattage importantes.

Le reste de l'examen est négatif ; on ne trouve pas de parasites dans les selles, les pertes vaginales sont modérées, sans gonocoques. La formule sanguine est normale (polyneutro. 73, éosinophiles 3, baso. 1, lympho. 6, moyens mono. 13, grands mono. 3).

L'interrogatoire permet de préciser que ces règles ne surviennent que tous les 35 jours environ, très peu abondantes, durant 3 à 4 jours, douloureuses. Il existait avant la grossesse un gonflement douloureux des seins précédant les règles, et surtout il y a une *recrudescence* nette du prurit *avant les règles*.

Un essai de traitement par le cardiazol en comprimés n'a donné aucun résultat.

La malade reçoit alors tous les 2 jours une injection intramusculaire d'acétostérandryl à 10 milligrammes.

Dès la 5e injection l'amélioration est nette, le prurit a diminué. A la huitième injection, le prurit vulvaire a disparu complètement, la patiente dort toute la nuit sans gardénal ; il persiste encore un peu de prurit anal. On fait encore deux injections d'acétostérandryl qui amènent une disparition complète du prurit. La malade est transformée, elle est maintenant souriante a retrouvé le sommeil et l'appétit : le prurit a complètement disparu, les lésions de grattage et de lichénification sont presque effacées (12 janvier 1947). Depuis la malade a été suivie régulièrement : le prurit anovulvaire n'a pas reparu, la guérison se maintient depuis plus de 3 mois.

Plusieurs particularités méritent d'être mises en évidence dans cette observation :

1° Tout d'abord l'apparition du prurit *à la puberté*, comme chez la malade que j'ai présentée en 1942, les prurits pubertaires sont assez rares mais ils viennent objectiver de façon frappante le rôle des hormones dans la pathogénie du prurit.

2° Le rôle d'abord suspensif de la grossesse puis aggravant dans une deuxième phase. Cela n'a rien de paradoxal puisqu'on connaît la prédominance de la progestérone au début de la gravidité et l'inondation de folliculine d'origine placentaire qui apparaît ensuite. Tous les déséquilibres sont possibles et souvent beaucoup plus intenses pendant la grossesse.

3° La recrudescence prémenstruelle du prurit était un élément de plus en faveur de l'origine hormonale.

4° Toutes ces considérations et l'étude des règles de la malade permettaient de

conclure à une *hyperfolliculinie*. Comme j'y ai insisté depuis longtemps et contrairement à certains auteurs, je crois que les dermatoses hormonales sont le plus souvent l'apanage des hyperfolliculiniques.

5° Enfin l'effet rapide et remarquable des injections d'anti-œstrogènes qui a permis de guérir un prurit grave et sévère durant depuis des années et qui par son retentissement sur le psychisme de la malade avait nécessité la mise en œuvre de thérapeutiques énergiques mais inactives sur le prurit.

M. Ch. Flandin. — J'ai observé au cours de la guerre 1914-1918 un cas curieux de prurit vulvaire ferox déclenché dans la nuit de la fécondation et qui a duré jusqu'à la délivrance. Aucune médication n'a pu l'atténuer. Chose curieuse, quatre grossesses ultérieures se sont produites sans incident.

Discussion d'un cas de lichen sclérodermiforme, par MM. B. Duperrat, M. Mansour et G. Martin.

Gal... Marius, cimentier, âgé de 37 ans, présente depuis environ trois mois une plaque dépigmentée blanche un peu brillante, finement plissée dans le sens vertical située à la partie moyenne du dos débordant le rachis à gauche, elle est irrégulièrement ovalaire à grand axe dirigé en bas et en dehors de 7 centimètres sur 5 centimètres. Les limites méritent une description particulière, irrégulières, effilochées, en flammèches, de plus il existe un éparpillement à distance de petits éléments leucodermiques micropapulaires d'au maximum 1 millimètre donnant un aspect émietté des bords (Gougerot). Plus en dehors on note une sorte de halo de coloration rose brunâtre paraissant pigmenté. Enfin à la partie centrale de la plaque leucodermique on note un placard de kératose ponctuée.

A la commissure droite une traînée blanchâtre de caractère difficile à distinguer entre le lichen et la leucoplasie.

Au tiers inférieur de la jambe gauche sur la crête tibiale et débordant sur la face interne on note une plaque quadrilatère de 3 centimètres sur 1 cm. 5 environ formé de petites papules polygonales légèrement rugueuses avec trace de lichénification de couleur chamois, prurigineuse et datant de trois semaines.

Au-dessus on note une cicatrice triangulaire (coup de hache) à base inférieure de trois centimètres, entouré d'une auréole pigmentaire. A côté de la cicatrice sur la face interne il existe une plaque rectangulaire de 1 centimètre sur 2 centimètres formée des mêmes éléments que la précédente mais non rugueuse datant de trois semaines.

Examen général normal par ailleurs, radio pulmonaire normale. Mais le malade aurait un ulcus gastrique, présente un varicocèle et aurait eu une fistule anale en 1941. Les réactions sérologiques sont négatives.

Biopsie :

1° La zone centrale de la biopsie a porté sur la zone de kératose pilaire que nous avons décrite au centre de la lésion : il existe à ce niveau des dilatations considérables des ostia folliculaires, ces dilatations sont remplies par une kératose feuilletée, on note une atrophie globale de l'épiderme qui repose sur un derme compact et fibreux.

2° La biopsie faite en zone périphérique montre des infiltrats inflammatoires très importants de nature histio-lymphocytaire. Ces infiltrats siègent à la face profonde de l'épiderme dont ils pénètrent les couches inférieures et d'autre part se continuent en profondeur le long des vaisseaux et surtout le long des poils.

En résumé nous avons retrouvé cliniquement l'aspect particulier en flammèches et émietté des bords sur lequel M. Gougerot a insisté dans l'étude de ces placards atrophiques, aspect qui permet la discrimination souvent difficile entre morphée et lichen atrophique. D'autre part, il existe au centre de la plaque ces petites ponctuations cornées folliculaires signalées par les classiques et indiquées par M. Darier dans son précis.

Lichen achromique, par MM. B. Duperrat, M Mansour et C. Nezeloff

Mars 1947, à la consultation de Broca (service de M. Merklen) nous avons vu : Ro... Dominique, âgé de 43 ans, restaurateur qui présente depuis quatre ou cinq ans sur le gland, le fourreau et le scrotum, une éruption de petites papules de la taille de

1 millimètre de diamètre en moyenne. Elles sont à peine infiltrées, les unes sont isolées à contours polygonaux, les autres confluent en de petites plaques à contours irréguliers, dans le sillon balano-préputial elles sont disséminées en bague. Ces plaques ont un reflet légèrement nacré, sans quadrillage à leur surface, certaines sont ombiliquées, d'autres sont totalement planes. Les éléments sont plus nombreux sur le gland et le sillon balano-préputial ; sur le fourreau ils sont plus espacés et la pigmentation accentue le reflet légèrement bleuâtre de certains éléments. Quelques papules plus grandes et plus polygonales, se trouvent à la face inférieure et interne du scrotum à peine prurigineux.

Nous insistons sur la teinte générale de tous ces éléments qui sont achromiques et quelques-uns seulement présentent le reflet bleuâtre déjà décrit.

Sur la face externe du fourreau un petit placard de la taille d'une pièce de cinquante centimes, cicatrice d'un chancre. Pas d'adénopathie dans l'aine, cicatrice de bubon chancrelleux.

Examen somatique normal, mais à la face interne de la joue droite et un peu aussi du côté gauche, placard de leucoplasie, mais vers l'arrière de cette lésion quelques éléments réticulés en feuille de fougère.

Soigné pour syphilis depuis 1924, ses réactions sérologiques sont négatives depuis 1927, la dernière en date est du 27 mars 1947.

Numération (25 mars 1947) :

Hémoglobinurie	90	o/o
Globules rouges	3.850.000	
Globules blancs	8.800	
Neutrophiles	51	o/o
Éosinophiles	4	»
Basophiles	1	»
Monocytes	18,5	»
Lymphocytes	17,5	»

Au point de vue histologique, on note un aspect des plus particuliers : l'épiderme est atrophique et en certains points la basale paraît en contact avec la couche cornée. Cette basale est rectiligne, elle repose sur un derme entièrement homogène dont la structure fasciculée a entièrement disparu. Dans cette nappe homogène il n'y a presque pas d'éléments cellulaires, elle est bordée à sa périphérie par une ceinture inflammatoire lymphocytaire ininterrompue.

Trois détails doivent être soulignés : 1° on note des ébauches de décollement dermo-épidermique dus à la présence de petites nappes d'œdème; 2° on est frappé par l'aspect béant des capillaires dans la zone fibreuse; 3° dans la périphérie inflammatoire on note des aspects de capillarite chronique avec tuméfaction considérable de l'endothélium.

Lichen scléreux et achromique, quelle conduite tenir ? par MM. M. Mansour et F. Pages.

P... André, âgé de 40 ans, nous est adressé par son médecin le 23 avril 1947, pour brièveté du frein datant de un mois et demi environ, le malade se plaint surtout de se blesser au cours des rapports sexuels.

A l'examen, la face antérieure des bourses est le siège d'une éruption dont le début remonte à 1931 à la suite d'une opération de hernie inguinale gauche ces lésions sont parfois prurigineuses. Elles sont de deux ordres :

1° des papules polygonales de la taille d'une lentille isolées ou groupées soit en arcs, soit en cercles de teinte lilacée, elles sont parfois ombiliquées ;

2° par endroits au milieu de ces papules peu surélevées se trouvent des éléments lenticulaires blancs et atrophiques.

Examen de la verge : le malade a de la difficulté à découvrir le gland, dont la face dorsale est de teinte et d'aspect normaux. Par contre, sur la face ventrale, il existe un aspect leucodermique, le frein n'existe plus, par contre à sa place et débordant de chaque côté de 1 centimètre environ, teinte leukosique avec atrophie réalisant une striction du sillon à ce niveau, de chaque côté de la ligne médiane on constate un semis de points de la taille d'une pointe d'épingle donnant au doigt une sensation de relief, l'ablation de la couche cornée avec un vaccinostyle laisse sourdre une quantité infinitésimale de liquide et fait voir une ulcération punctiforme.

Rien de notable dans l'anamnèse. Examen général négatif, sauf maladie de Fordyce des lèvres supérieures et de la face interne des joues.

Nous n'avons pas encore fait les biopsies, mais le diagnostic clinique paraît évident, il s'agit d'un lichen scléreux. Le point sombre est l'avenir de ce malade, les lésions des bourses ne le gênent pas et n'offrent aucune gravité, par contre la sclérose du sillon qui paraît progressive pose une question de thérapeutique délicate à trancher, avons-nous le droit de conseiller la circoncision, ne risquons-nous pas une sclérose éventuelle de la cicatrice ?

Un cas de mycosis fongoïde, par MM. Pierre Vernier, Jean Pinard, Fouché et Duperrat.

M. P..., âgé de 46 ans, conducteur électricien à la S. N. C. F., présente en 1944, un eczéma localisé aux membres inférieurs, en 1946, des éléments psoriasiformes, sans guérison complète de ces deux affections.

En janvier 1947, quelques macules rouges apparaissent sur le visage ; en trois jours, ces éléments deviennent papuleux et s'étendent aux épaules, au thorax. Actuellement, le malade présente :

1° Au visage, des papules dont certaines sont infiltrées, lenticulaires ou de la taille d'une pièce de deux francs, peu nettement limitées, rouge violacé, certaines sont recouvertes de fines squames, d'autres de squames grasses. Le grattage enlève quelques fines squames, au-dessous hémorragie en nappe. Quelques papules ont tendance à s'estomper, prenant une coloration bronzée ; on perçoit également, quelques nodules enchâssés dans le derme.

2° *a*) Sur le corps on retrouve les éléments précédents, mais en plus, au niveau du manubrium sternal, une papule serpigineuse, développée à partir d'un élément lenticulaire, entourant une plage de peau saine. La périphérie est formée par un bourrelet d'aspect œdémateux, jaunâtre, au niveau duquel, la peau est légèrement plissée. Plus près du centre, quelques petits placards croûteux, recouverts de squames. Près de cette lésion, on voit un placard d'aspect ecchymotique avec piqueté purpurique.

b) Des tumeurs de la grosseur d'une noisette ou d'une noix, plus ou moins infiltrées, enchâssées ou saillantes, quelques-unes sont ulcérées, laissant sourdre une sérosité puriforme, témoignant d'une infection surajoutée. Les unes, en voie de guérison, sont recouvertes d'une croûte. D'autres disparues, laissent une cicatrice violacée, irrégulière, légèrement déprimée.

c) Par place, placards ecchymotiques, présentant un pointillé purpurique.

Au niveau du 1er métacarpien, depuis deux ans environ, il existait un nodule enchâssé, de la grosseur d'une noix, en décembre 1946 il a augmenté de volume, puis, s'est ulcéré, laissant sourdre une sérosité transparente. Actuellement, ulcération avec bourrelet périphérique, régulière, polycyclique, à bords taillés en pente douce, sur un fond bourgeonnant par place, sanieux, très induré. Tous ces éléments sont indolores, légèrement prurigineux par période. Il existe des adénopathies importantes, surtout inguinales et axillaires, plus discrètes au niveau des groupes cervicaux et sous-maxillaires. Pas d'adénopathies médiastinales visibles à la radio.

L'état général est bien conservé, malgré un fléchissement du poids, la température est régulière, légèrement au-dessus de 37°. La rate est normale ; la radiographie thoracique, montre, des images banales. La sérologie est négative. La numération globulaire, montre, 5.000.000 globules rouges et 11.000 blancs ; formule sanguine : Poly. 70 o/o, Éosino. 1 o/o, Mono. 9 o/o, Lympho. 20 o/o. Urée sanguine 0 gr. 50 ; Glycémie 0 gr. 94 ; Cholestérol 1 gr. 87. Le myélogramme, montre 17 o/o de polynucléaires (P. N. : 12 o/o ; P. E. : 5 o/o ; P. B. rares). 54 o/o de myélocytes (promyélocytes et myélocytes neutrophiles 35 o/o, éosinophiles 2 o/o et 17 o/o de métamyélocytes ; 3 o/o de lymphocytes, moyens mononucléaires et monocytes vrais, 1 o/o d'éléments souches (Blaste) ; Normoblastes basophiles 17 o/o ; Orthochromatique 5 o/o ; Promégaloblastes et mégaloblastes 3 o/o, soit 25 o/o ; présence de mégacaryocytes.

Quatre biopsies, ont été faites au niveau d'une macule, de la plaque sternale, d'une ulcération, d'un ganglion inguinal et, adressées au Dr Dupeyrrat.

1° Les trois biopsies cutanées montrent, dans le derme, un véritable foisonnement d'éléments histiomonocytaires, dont la nature maligne ne fait aucun doute, étant donné le nombre important des monstruosités nucléaires et des mitoses ;

2° Le ganglion inguinal, montre, une hyperplasie mixte, à la fois réticulaire et lymphoïde, certains éléments réticulaires sont assez gros et boudinés pour simuler de façon grossière une cellule de Sternberg.

En conclusion : histologiquement, il s'agit d'un mycosis fongoïde.

Le malade a reçu un traitement local et général de pénicilline (1.200.000 U.) et un traitement télé-radiothérapique à 1 m. 60, avec 4 champs irradiés : 2 antérieurs et 2 postérieurs (150 kw., 3 Ma par séance de 10 r, 3 fois par semaine, 12 séances).

COMMUNICATIONS

Danger de la radiothérapie plantaire, par H. Gougerot et Jean Meyer.

La roentgenthérapie des verrues plantaires comporte des risques sur lesquels il est nécessaire d'attirer l'attention des dermatologistes et même des radiologistes. La fréquence des radiodermites est minime eu égard au grand nombre des verrues irradiées, mais considérable par rapport au nombre des radiodermites. Nous en avons vu plusieurs cas, et la statistique d'une des grandes assurances contre les risques professionnels, comporte de 1938 à 1946, 24 radiodermites, dont 6 dues à un oubli de filtre ou vice de l'appareillage, 5 relatives à des traitements non dermatologiques, 13 à des dermatoses, dont 7 verrues plantaires, et une dysidrose palmo-plantaire.

Les radiodermites se voient sous deux aspects :

Les radiodermites circonscrites, de petite surface, se limitent au champ qu'on a voulu irradier. Ce sont des plaies atones, nécrotiques d'un diamètre de 5 à 20 millimètres douloureuses au moindre contact, et point de départ d'irradiations névralgiques. Il arrive que la verrue subsiste au centre de la lésion.

Les radiodermites diffuses s'étendent aux alentours de la région qu'on a voulu irradier. La plaie atone centrale, est entourée par quelques centimètres de peau atrophiée et télangiectasique. Les douleurs sont violentes, et les irradiations ascendantes peuvent revêtir une terrible acuité. La profondeur de la nécrose est variable. Généralement limitée aux plans sous-cutanés, il arrive qu'elle intéresse le squelette.

Les radiodermites de petite surface passent parfois inaperçues. Le malade continue à souffrir. Un dermatologiste intervient sous anesthésie locale, extirpe la verrue rebelle, détruit le tissu altéré, dont la cicatrisation s'accomplit en quelques semaines. Seules les radiodermites étendues ou profondes concernent les assurances.

Dans les 7 dossiers pour lesquels les données des irradiations nous ont été communiquées, nous relevons que 5 accidents sont attribués au défaut de protection autour de la verrue. Dans 4 de ces cas, la localisation n'était réalisée qu'au moyen du localisateur de verre au plomb, dans le dernier au moyen d'un cachet de caoutchouc plombé. Dans les deux autres accidents, on incrimine le haut voltage utilisé, l'un sous faible filtration, l'autre sous filtre de cuivre. Dans le 8e accident plantaire, une dysidrose semblerait avoir été correctement irradiée, à doses normale, mais sans tenir compte, a estimé l'expert, de la sensibilité spéciale de cette région.

Tous les accidents sauf un, sont le fait de radiologistes qualifiés. La proportion des radiodermites plantaires semble relativement plus élevée que pour les autres localisations. Il est vraisemblable qu'il y a une sensibilité élective de la plante.

Voici le résumé des 7 dossiers, tels qu'ils nous ont été communiqués.

1° 180 kv., 2 mm., Al, 6 séances de 150 r. Verrue limitée par cache au plomb; 2 séances par semaine. Le tribunal n'a pas reconnu la responsabilité du médecin.

2° 160 kv., 1.500 r feu nu à 30 centimètres. Localisateur cylindrique en verre au plomb de 28 millimètres. Radiodermite avec amputation du pied, attribuée par les experts à une erreur qui s'est traduite par une protection insuffisante des téguments autour de la verrue, chez un sujet hypersensible.

3° Même médecin, même appareillage, même technique.

4° 160 kv., 1/2 mm., cuivre + 1 mm.. Al., distance 35 centimètres. 1 série de 5 séances de 200 r, suivie après 4 mois d'une nouvelle série de 10 séances espacées sur 6 mois, filtration 1 mm., cuivre + 1 mm., Al. L'expertise a conclu que la technique n'est pas classique, mais que son utilisation ne constitue pas une faute, mais a retenu la responsabilité du médecin qui a causé une radiodermite profonde.

5° 120 kv., 1 mm., cuivre (?). Cache de plomb laissant un orifice de 5 millimètres de diamètre. Dose unique de 1.000 r. Les experts estiment que la dose indiquée a dû être dépassée et retiennent la responsabilité du médecin.

6° 95 kv., 1 mm., Al. Localisateur de 20 millimètres de diamètre. 1.850 r en 4 séances mesurées au Hammer. Les experts estiment que la radiodermite est due au défaut de protection des tissus autour de la verrue par un localisateur au plomb. Médecin condamné.

7° 120 kv., 2 mm., Al. Localisateur en verre au plomb de 5 centimètres de diamètre et cache de caoutchouc plombé percé d'un orifice de 2 centimètres. 4 séances de 250 r espacées d'une semaine. L'expertise estime que le caoutchouc plombé a conféré une protection insuffisante à une peau anormalement fragile.

Autres traitements ayant déterminé des radiodermites pour des traitements dermatologiques : teigne, sycosis de la barbe, eczéma du pied, dermatose (?) des deux mains, lichen poplité, furoncle de la face. Soit 7 verrues plantaires sur 13 cas de radiodermites.

En plus, 5 radiodermites dans des affections non dermatologiques, 5 autres dus à l'oubli involontaire du filtre, 1 à une fêlure de la cupule de protection.

Ces faits nous conduisent à discuter les points suivants :

1° Les conditions techniques des irradiations plantaires. Le détail technique ne concerne que les radiologistes. La plupart de ceux qui sont accoutumés à la dermatologie, insistent sur le choix d'un voltage moyen et d'une faible filtration aluminium, de façon à ne pas infliger de forte dose aux plans profonds. Mais d'aucuns, tous aussi qualifiés et compétents, exigent une forte filtration. L'accord n'est réalisé que sur la nécessité absolue de limiter l'irradiation strictement au contour de la verrue.

L'avenir de la radiothérapie de contact est encore en discussion.

2° Les contrindications seront tirées de la multiplicité des verrues, et de l'étendue des placards confluents rendant nécessaire le traitement d'une grande surface. Rappelons que les cors et durillons ne guérissent pas par irradiation, que leur diagnostic peut ne pas s'imposer, et qu'une erreur peut être grave en exposant à répéter les séances.

3° La radiothérapie a des indications formelles : diabète, impossibilité d'une anesthésie locale, pusillanimité anormale du sujet, récidive post-opératoire. Encore en ce dernier cas, certains estiment-ils que la sclérose post-opératoire risque d'accroître la résistance aux rayons.

De nombreux radiologistes irradient systématiquement les verrues plantaires. Ils n'ont eu et n'auront jamais d'accidents. Nous n'avons pas pour but de discréditer une excellente méthode, mais d'attirer l'attention sur des accidents rares, qui dans certains cas, ont été d'une haute gravité.

4° En cas de radiodermite, il est inutile de perdre son temps à chercher une cicatrisation difficile alors que le malade souffre. Il faut le traiter par une large intervention d'électrochirurgie, comme une tumeur maligne. Les infra-rouges, la diathermie, les topiques cicatrisants seront bien plus efficaces sur la plaie opératoire que sur la radiodermite.

Rôle du « proteus vulgaris » en dermatologie, par MM. A. Desaux, H. Prétet et E. Perthain.

En nous basant sur l'étude d'une vingtaine d'observations, nous avons essayé de préciser le rôle étiologique du *proteus vulgaris* en Dermatologie (1). L'isolement du microbe est facilement réalisé : la sérosité, le pus de la pustule, le sang obtenu par ponction dermique, *après désinfection soigneuse de la surface cutanée*, sont projetés dans un bouillon glucosé dont quelques gouttes sont prélevées, après 12

(1) Voir notre communication à la *Société belge de Dermatologie et Syphiligraphie* du 9 février 1947 et notre article dans *Gazette médicale de France*, septembre 1947.

à 18 heures d'étuve, et ensemencées sur gélose ascite ou gélose lactosée tournesolée.

Le *proteus vulgaris*, que nous avons observé, possède les caractères classiques et souvent un pouvoir antigénique; les recherches, dans le sérum, des agglutinines spécifiques (présentes parfois au cours de septicémies humaines et de la pododermatite du cheval) ont été négatives.

Le proteus est souvent associé soit au staphylocoque blanc, soit au colibacille, soit à l'entérocoque : en général, seul, ce dernier microbe semble virulent.

Nous considérons, comme vraisemblable, le rôle étiologique du proteus dans les cas où ce microbe possède un pouvoir antigénique net et supérieur à ceux des microbes qui peuvent l'accompagner, n'existe qu'à l'intérieur de la pustule ou du derme de la lésion, alors qu'il est impossible de le déceler à la surface de la peau et dans les selles.

L'affection cutanée, contenant le proteus et qui atteint l'homme comme la femme, à tous les âges, se localise, en général, dans la région ano-génitale.

Le *proteus vulgaris* joue probablement un rôle dans l'étiologie :

— de certaines *anusites* qui, par ailleurs, peuvent se compliquer d'*éruptions secondaires, de nature allergique*, disséminées à distance, soit du type « eczématide », soit du type « papulo-vésiculeux péripilaire »;

— de certains *intertrigos* qui se disposent, à la manière de la streptococcie intertrigineuse, symétriquement, de chaque côté du pli; ces intertrigos s'accompagnent parfois d'un *état allergique cutané;*

— de certaines *vulvo-vaginites* et *balanites*.

Nous insistons sur l'*intensité du prurit* (surtout nocturne ou parfois réveillé au cours de la digestion), sur la *fréquence de la dermite*, de l'infiltration du derme où se réfugie le proteus; il est enfin remarquable que, dans trois cas d'anusite ou de vulvo-vaginite, nous ayons constaté l'*existence de végétations*.

Nous avons décelé le proteus dans d'autres dermatoses : avec Vial, dans le bourrelet péri-unguéal d'un *périonyxis chronique*; avec Hischmann, dans un *ulcère de jambe*; avec Chouquet, dans le derme d'une *narine congestive et œdémateuse*, etc.... Ajoutons que Gougerot et Basset rattachent le *bacillus gangrenœ cutis* au groupe des proteus.

Assez rarement, quoiqu'en disent les classiques, on découvre le *proteus vulgaris dans les selles*; dans quelques cas, où nous l'avons trouvé, il nous a semblé qu'il était capable, tout en restant confiné dans le milieu intestinal, de provoquer une réaction cutanée d'ordre allergique.

Le proteus, qui crée l'épidermite pustuleuse ou eczématiforme ou à type d'eczématide, paraît être détruit, par les antiseptiques habituels qu'on aura avantage, dans la région ano-génitale, à utiliser sous forme de solution ou de poudre : semblent actifs le *sulfate de zinc* aux doses normales, le *nitrate d'argent* (1/50, 1/10), l'*exoseptoplix*, le *mercurochrome 2 0/0*, le *stovarsol* (sous forme de bouillie).

D'après nos expériences faites avec le proteus de deux malades, atteints d'intertrigo, la *pénicilline* exerce, *in vitro*, une action dont l'intensité varie suivant la souche microbienne; cette action est bactériostatique à condition que la pénicilline soit ajoutée au milieu de culture avant la pullulation des microbes et à forte dose; elle est ébauchée à la concentration de 5 U. par centimètre cube de bouillon de culture : le proteus perd de sa motilité et les formes à bâtonnets prédominent; à la dose de 10 U. par centimètre cube, l'effet bactériostatique est net; à la concentration de 1.500 U. par centimètre cube, l'action devient bactéricide. Aucun effet de la *tyrothricine* à la dose de 0 mgr. 5 par centimètre cube. Il serait intéressant d'utiliser la *streptomycine*.

Lorsque l'épidermite se complique de dermite, il faut joindre à la désinfection de surface la roentgenthérapie cutanée; *si le prurit est violent* nous irradions simultanément la région rachidienne correspondant à la zone cutanée atteinte (Cottenot-Desaux).

La dermatose allergique est améliorée par l'autobactériothérapie intradermique, qui doit être dirigée avec prudence. Nous attachons enfin une grande importance au traitement général et, en cas d'anusite, à la thérapeutique digestive.

A propos du traitement du lupus par la méthode de Charpy, par M. A. Desaux.

Lors de la séance spéciale de la Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie, consacrée à l'étude du traitement des tuberculoses cutanées par la vitamine D_2 à haute dose, Bocage a relaté l'observation d'un vieux lupique de la face qui, après ce traitement, avait vu se développer, sur sa cicatrice lupique, un épithélioma.

Fin mai 1946, Mme P..., vient me consulter pour un lupus nodulaire de la joue gauche ; elle est soumise au traitement par le Stérogyl 15 (deux ampoules hebdomadaires jusqu'au 20 juillet, puis une ampoule par semaine, du 20 juillet au 26 novembre) ; le noyau lupique se réduit et est excisé le 7 décembre 1946 par le Pr P. Brocq.
L'examen histologique est confié à Civatte qui constate, à proximité du tissu lupique, la présence d'un adénome symétrique sébacé (type Balzer) dont certaines modifications lui font se demander « si on n'assiste pas au début d'une transformation d'adénome en épithélioma ».

Voila deux observations troublantes :
Et ces deux faits doivent être rapprochés d'une autre constatation : avec Ch. O. Guillaumin (*Soc. fr. derm.*, juin 1946) nous avons dosé le calcium et le magnésium d'un noyau lupique amélioré par la vitaminothérapie D2 à haute dose et nous avons observé la diminution de la teneur cutanée en calcium et en magnésium (1). Par ailleurs, certaines recherches semblent établir que la vitamine D à dose massive est capable de provoquer la résorption des dépôts calciques tissulaires, à telle enseigne que son emploi est conseillé (Cornblett) dans le traitement de la sclérodermie.
Dès lors une question se pose : la vitaminothérapie D2 à haute dose, ne crée-t-elle pas une déminéralisation calcique et magnésiée tissulaire propice, à la prolifération cellulaire ? Rappellons que le rapport K/Ca de la cellule croît dans les tissus néoplasiques.
Il ne faut pas en outre oublier la parenté chimique de la vitamine D2, ergostérol irradié, avec certaines substances cancérigènes (méthylphénanthrène, benzopyrène).
Nous ne concluons pas, mais nous pensons qu'il serait intéressant de multiplier les examens histologiques et chimiques des tissus lupiques traités par l'hypervitaminothérapie D2.

M. Ch. Flandin. — Aucun fait expérimental ou clinique ne permet d'attribuer à la vitamine D un action cancérigène. Il serait fâcheux de jeter le discrédit sur une méthode dont l'efficacité et l'inocuité — chez l'adulte au moins — ont fait leurs preuves.

Statistique comparée des cas de syphilis récente, clinique dermatologique de la Faculté et Assurances Sociales, par MM. Nanta et Bounhoure.

Pour 1945, à la Clinique Dermatologique de Toulouse, 136 cas. Pour 1946, 95 cas.
L'examen des dossiers pour les cas des maladies de longue durée, à indemnisation totale, au Contrôle des Assurances Sociales, pour la Haute-Garonne, montre

(1) Dans l'observation que nous rapportons ci-dessus, le fragment de tissu lupique excisé était trop petit pour permettre, à la fois, l'examen histologique et le dosage du calcium et magnésium cutanés.

que sur 367 cas, 51 concernent des déclarations de syphilis soit ancienne, soit récente.

Un examen plus attentif montrerait peut-être s'il n'y a pas là l'amorce d'une migration de clientèle propre à diminuer la valeur de la statistique apportée ci-dessus.

Urticaire pigmentaire à début fébrile, par MM. A. TOURAINE et G. A. HARLITZ.

Cette observation se signale par son début brusque fébrile, par l'abondance et les caractères morphologiques des éléments qui, à leur premier stade, ont fait poser le diagnostic de varicelle anormale et même fait penser à celui de variole.

Femme de 49 ans, sans autres antécédents que le croup à 11 ans. Début le 30 janvier 1947 par une soudaine poussée fébrile à 40°, avec vomissements et hématémèses, sans céphalée ni rachialgie. Après 3 jours de fièvre au même niveau, elle présente, d'abord sur l'abdomen, en quelques heures, généralisée (même à la face, au cuir chevelu, aux paumes et aux plantes, sur le voile et dans le pharynx) une éruption, profuse et souvent confluente, d'éléments maculo-vésiculeux, à tendance ecchymotique, sans prurit. La malade est admise successivement dans deux hôpitaux où le diagnostic de variole, un instant envisagé, est remplacé par celui de varicelle anormale. Après un traitement sans résultat par 1 million d'unités de pénicilline en 3 jours, on pratique les recherches suivantes : Bordet-Wassermann négatif ; liquide spinal normal ; azotémie 0,82, urines normales, hématies 4.530.000, leucocyt. 8.400 (poly. neutro. 69, éosino. 2, lympho. 14, mono. moyens 2, grands 9, plasmoc. 1, myéloc. neutro. 3). Traitement par le xylol (40 gouttes puis 20 pendant 10 jours). En quatre jours la fièvre tombe à 37°8 ; les éléments deviennent squameux (croûteux sur le ventre) puis disparaissent.

La malade nous consulte le 3 mars. Le diagnostic d'urticaire pigmentaire s'impose alors, tant sont caractéristiques l'éruption et le signe de Darier par pression ou par frottement. Les éléments, très nombreux, affectent tout le corps à l'exception de la région ombilicale, de l'aréole des seins, des plis sous-mammaires ; ils sont confluents sur le ventre et les cuisses. Pas d'adénopathies ni de splénomégalie ; le foie mesure 14 centimètres sur la ligne mamelonnaire.

Radio thoracique normale. Aucun trouble digestif. Excellent état général. Sang le 6 mars : Hématies 4.200.000, Leucocytes 4.700 (poly. neutro. 51, lymphoc. 36, mono. moyens 11, grands 2).

Plasmomes angio-kératosiques traumatiques par MM. A. TOURAINE et P. BAILLET.

Cet homme de 22 ans, sans aucun passé pathologique, s'était livré 2 ou 3 jours par semaine, pendant les 3 mois de l'été 1946, à la pêche aux oursins. Souvent des piquants restaient plantés dans les doigts et ne sortaient qu'au bout de 2 à 3 jours ; certains n'ont été éliminés qu'en 2 ou 3 semaines, sans douleur ni suppuration. Les régions les plus traumatisées ont été le bout des doigts, le dos des pouces, les mains ; il lui est arrivé de se blesser au pied gauche. Dès fin août ses mains avaient déjà l'aspect qu'elles ont aujourd'hui ; aucun nouvel élément ne s'est formé depuis ; quelques-uns ont seulement augmenté de volume.

Les mains sont parsemées, en grand nombre (par exemple : 12 éléments sur la face dorsale du pouce droit et 15 sur sa pulpe), de petites nodosités intradermiques, bien arrondies, de la taille d'une lentille, d'une rougeur assez vive qui ne disparaît pas complètement à la vitro-pression et dont beaucoup sont centrées par une formation cornée adhérente. Ces éléments, non douloureux spontanément, le sont généralement à la pression. Quatre nodosités identiques sur le gros orteil gauche. Ongles normaux. Pas d'adénopathies. Examen somatique négatif.

BIOPSIE. — Épiderme épaissi, avec hyperacanthose ; fort épaississement de la couche cornée. Dans le chorion, immédiatement au-dessous de l'épiderme, infiltrat lenticulaire formé presque exclusivement par des plasmocytes et montrant de rares cellules géantes type corps étranger. Forte dilatation angiomateuse des capillaires superficiels dont l'endothélium est gonflé et, par places, desquamé.

Nouveaux essais de traitement surintensif de la syphilis récente, par MM. Touraine, Golé, Foucquier et Mad. Benon-Robert.

Chez 33 nouveaux malades nous avons continué les essais de traitement surintensif dont nous avons, ici-même, précédemment parlé en janvier 1947. Ces malades ont, pendant 8 à 10 jours, reçu chaque jour 8 injections de 50.000 U. de pénicilline (400.000 U. par jour), une injection d'une pleine ampoule de bivatol, et une injection d'arsenic (0 gr. 15 ou 0 gr. 30 le premier jour, 0 gr. 45 ou 0 gr. 60 le deuxième, 0 gr. 60 ou 0 gr. 75 ou 0 gr. 90, suivant le poids, le troisième; 0 gr. 15 ou 0 gr. 30 les jours suivants chez le tiers des malades pendant 7 jours, chez 22 autres pendant 3 jours seulement). Les résultats ont été aussi satisfaisants que lors de nos premiers essais et nous n'avons enregistré aucun incident, notamment aucun trouble urinaire ni aucun signe de stomatite.

Chez 81 autres malades (21 syphilis primaires, 54 secondaires, 2 tertiaires, 4 sérologiques), nous avons remplacé l'arsenic par une injection quotidienne de cyanure de mercure (0 gr. 01 jusqu'à 60 kilogrammes, 0 gr. 02 au-dessus). Deux seulement d'entre eux ont présenté une intolérance au mercure, sous la forme d'entérite dysentériforme aussitôt après la première injection de cyanure, qui nous a fait interrompre ce dernier médicament. Tous les autres ont très bien supporté ce traitement, sans stomatite ni troubles urinaires, même ceux dont la dentition était défectueuse. Quant aux résultats cliniques, ils nous ont paru sensiblement égaux à ceux de la combinaison pénicilline-bismuth-arsenic et nous ne saurions donner une préférence nette à l'une ou à l'autre méthode.

Par contre, chez 14 malades qui n'ont reçu, chaque jour, que pénicilline et cyanure de mercure, la rapidité de disparition des accidents nous a semblé nettement plus lente, aussi lente que par la médication classique arsenico-bismuthique ou, même, par la seule association de pénicilline-bivatol bi-hebdomadaire.

M. Georges Garnier. — Ces nouveaux schémas de traitement que nous propose M. Touraine sont surtout intéressants en ceci qu'ils semblent montrer que la pénicilline augmente la tolérance de l'organisme vis-à-vis des autres antisyphilitiques. Par contre il n'est pas certain que les effets des différents drogues s'ajoutent, et nous ne savons rien, bien entendu, des résultats éloignés.

Acanthosis nigricans ayant débuté par une glossite médiane rappelant la glossite losangique de Brocq. Epithélioma gastrique latent, par MM. R. Degos et A. Sainrapt.

L'observation que nous rapportons est celle d'un acanthosis nigricans surtout intéressant par la localisation initiale sur le dos de la langue sous l'aspect d'une glossite losangique médiane. Cette glossite est restée la seule manifestation de l'affection pendant six mois. Ensuite, les gencives, les mamelons, les aisselles, la région anale, l'ombilic, les paumes des mains, les paupières ont été envahis d'une façon brutale en quelques jours. La présence d'un gros ganglion de Troisier fut la seule traduction clinique de l'épithélioma gastrique associé, révélé par l'examen radiologique.

B... Y., âgé de 48 ans, est venu consulter à l'Hôpital Saint-Louis le 17 juillet 1946 pour une lésion récente de la langue, sensible au passage des aliments. Cette lésion siège à la partie médiane postérieure de la langue, sa forme est ovalaire à grand axe antéro-postérieur, sa surface est légèrement au-dessus du plan de la muqueuse voisine. L'aspect rappelle celui de la glossite losangique de Brocq. Cependant la surface de la plaque est déjà un peu papillomateuse, couverte de papilles très développées. Cette glossite va s'étendre lentement en avant et en arrière dans les mois suivants, tout en conservant sa forme ovalaire et sa topographie médiane postérieure. Les sensations douloureuses persistent au passage des aliments et à la mastication. Il n'a pas été fait d'examen histologique à ce stade. Le diagnostic n'a pas été précisé.

En décembre 1946, apparaissent, en quelques jours, des lésions multiples, mais le

malade n'était plus revenu à l'hôpital. Nous le voyons pour la première fois le 10 mars 1947. Le diagnostic d'acanthosis nigricans était alors évident.

La lésion de la *langue* conserve ses caractères initiaux (*Photo Musée Hôp. Saint-Louis*,, n° 29.142). Elle s'est cependant étendue et est devenue très papillomateuse. La face interne des joues est hérissée de saillies et coupée de sillons. La muqueuse *palatine* est granuleuse, et, alors que dans le reste de la bouche la papillomatose ne s'accompagne pas de pigmentation, il existe sur la voûte quelques saillies pigmentées (*Photo*, n° 29.165). Les *gencives* sont boursouflées et couvertes de proliférations charnues qui s'immiscent dans les interstices interdentaires, certaines sont saignantes (*Photo*, n° 29,144). Les *lèvres* participent à cette hypertrophie papillaire, principalement près des commissures. Sur le rebord *palpébral* inférieur, des deux côtés, se perçoit un bourgeon charnu rouge vif de la taille d'un petit pois (*Photo* n° 29.164). Un larmoiement continu existe depuis quatre mois.

Aux *aisselles*, surtout à la partie postérieure, la peau revêt l'aspect habituel de l'acanthosis nigricans avec hypertrophie papillaire et hyperpigmentation. Le sommet de l'aisselle est presque indemne (*Photo* n° 29.144). La *nuque* est hyperpigmentée avec exagération des sillons de la peau. Les *mamelons* sont verruqueux, hérissés de proliférations cornées brunes qui débordent sur l'aréole. Ils sont très douloureux au toucher. L'*ombilic* est peu atteint.

La *région anale* est le siège d'une papillomatose très accentuée. Des plis radiés de l'anus partent des sillons profonds qui découpent la peau avoisinante et séparent des saillies verruqueuses blanc grisâtres. Cette zone papillomateuse et verruqueuse périnéo-crurale entourée d'une zone brunâtre hyperpigmentée recouvre une surface elliptique de 90 millimètres × 60 millimètres. Elle remonte le long du sillon interfessier et rejoint le raphé scrotal (*Photo* n° 29.164).

Les *paumes des mains* sont couvertes d'une épaisse couche cornée blanchâtre creusée par des fissures profondes. Cette hyperkératose atteint la face palmaire et dorsale des doigts, mais respecte le dos des mains (*Photo* n° 29.141).

Ces lésions se sont constituées d'une façon presque brutale, sans altération de l'état général, sans troubles fonctionnels. Recherchant l'existence d'une tumeur maligne abdominale, nous l'avons interrogé sur son état digestif. En dehors de quelques pituites matinales, de vagues douleurs abdominales sans caractère, le malade ne présentait aucun syndrome fonctionnel digestif. Mais l'examen nous a montré une grosse masse ganglionnaire dure sus-claviculaire gauche. L'examen radiologique a révélé une image typique de *tumeur gastrique* avec amputation du pylore.

Chancre syphilitique apparaissant chez un homme atteint de maladie de Nicolas-Favre, en cours d'évolution. Influence de l'infection syphilitique sur le bubon poradénique, par M. F. Phipps (Quimper).

Le malade dont je rapporte l'observation, se présenta à moi le 6 février 1947, porteur de deux volumineuses adénopathies inguinales — une dans chaque aine — de nature poradénique.

Marin du commerce, cet homme avait eu, à la Martinique, vers la fin de novembre 1946, le rapport infectant à la suite duquel était apparu, un mois plus tard, les bubons poradéniques, sans que dans l'intervalle, ait été remarquée la moindre lésion au niveau des organes génitaux

D'après les renseignements fournis par le malade, le médecin de son bateau l'aurait traité dès l'apparition de ses bubons par des comprimés administrés pendant deux jours (peut-être des sulfamides d'après la posologie indiquée : 14 comprimés le premier jour, 8 comprimés le second jour) puis par des injections intramusculaires pendant les 3 jours suivants d'un produit dont il ne savait pas le nom. Sous l'influence de cette thérapeutique, les ganglions auraient régressé et les douleurs à la marche auraient disparu, mais dans la semaine qui suivit l'interruption de ce traitement de cinq jours seulement, les ganglions augmentèrent à nouveau de volume et lorsque le malade débarqué au Havre, fin janvier et arrivant en Bretagne, se présenta à moi le 6 février, il portait dans chaque aine une masse adénopathique formée de ganglions ramollis, de la grosseur d'une cerise à celle d'une noisette, noyés dans une gangue scléreuse de péri-adénite, le tout faisant une saillie du volume d'un œuf ; le diagnostic de poradénite de Nicolas-Favre s'imposait cliniquement et fut en outre confirmé par la suite par une réaction de Frei positive avec l'antigène simien de l'Institut Pasteur et un

antigène humain que voulut bien m'adresser le professeur Vigne de Marseille, l'un comme l'autre donnant vers la 48e heure, une papule rouge sombre nettement perceptible au doigt et qui persista une semaine.

La sérologie était négative (Kahn et Meinicke) mais l'intradermoréaction au Dmelcos était positive, ce qui ne pouvait surprendre, puisque le malade disait avoir eu un chancre mou en 1940.

Le malade fut hospitalisé et mis au traitement sulfamidé (Dagénan et Soludagénan, 6 grammes par jour). Ce traitement sulfamidé s'avéra rapidement efficace ; les deux masses adénopathiques régressaient de jour en jour et les ganglions ne menaçaient plus de se fistuliser, lorsque au bout d'une douzaine de jours environ, l'efficacité du traitement sembla cesser et la régression ganglionnaire subit un arrêt, comme si l'on avait atteint un seuil d'efficacité que la continuation du traitement n'arrivait pas à dépasser.

Sur ces entrefaites, le malade attira notre attention vers la fin de février, sur une minime ulcération de la dimension d'une grosse tête d'épingle qui était apparue sur le fourreau de la verge ; le 1er mars un frottis fut fait pour recherche de tréponèmes qui donna un résultat négatif ; dans les jours suivants l'ulcération s'élargit progressivement et se creusa, en même temps que les ganglions des aines s'hypertrophiaient à nouveau, formant une masse polyganglionnaire sensiblement égale comme volume au bubon poradénique initial : cependant la consistance n'était plus la même : au lieu d'être ramollis les ganglions étaient durs et en outre ne se trouvaient pas noyés dans la gangue scléreuse périadénique du début.

Enfin, au 12e jour de l'évolution de cette ulcération génitale, son aspect de chancre echtymateux du fourreau était assez caractéristique pour qu'on put affirmer cliniquement le diagnostic de syphilis que venait d'ailleurs confirmer une seconde recherche de tréponèmes, positive cette fois-ci : la sérologie encore négative le 10 mars, devenait positive au Kahn le 13 mars.

Il me faut dire que dès l'apparition de l'ulcération génitale, la syphilis avait été soupçonnée, mais que ce soupçon avait été ébranlé par la recherche négative de tréponèmes, et surtout par l'énergie du malade à nier tout rapport sexuel depuis celui de fin novembre à la Martinique qui avait été à l'origine de sa poradénite, car il paraissait invraisemblable qu'un chancre syphilitique eut eu une incubation de près de trois mois ; ce ne fut qu'après la constatation de tréponèmes, que le malade, se rendant compte que ses dénégations ne trompaient plus personne, se décida à avouer qu'il avait eu un rapport sexuel avec une femme de rencontre à son arrivée au Havre fin janvier, c'est-à-dire un mois environ avant l'apparition du chancre.

Cette observation est intéressante en ceci, qu'elle montre le retentissement de l'infection tréponémique sur le système lymphatique de la région d'inoculation, avant même l'apparition du chancre, retentissement qui dans le cas présent se manifesta par une action d'arrêt très nette sur la régression qui était en train de subir sous l'influence des sulfamides, les bubons poradéniques de l'aine. Cet arrêt dans la régression traduisait non pas, comme on avait pu le croire, une efficacité-limite de la thérapeutique sulfamidée vis-à-vis du virus de la maladie de Nicolas-Favre, mais l'envahissement du système lymphatique de la région intéressée par le tréponème, contrebalançant cette efficacité, par son propre pouvoir d'hypertrophie ganglionnaire.

La suite de l'histoire fut simple : mis au traitement novarsénobenzolique intensif, le malade vit à la fois se cicatriser son chancre et régresser à nouveau sa double adénopathie inguinale.

Lupo-érythémato-viscérite maligne (syndrome de Libman-Sachs),

par MM. Lian, Duperrat, Siguier et Sarrazin.

Nous avons eu l'occasion de suivre et d'étudier complètement un cas de maladie de Libman-Sachs :

Mme D..., épicière, âgée de 28 ans, sans antécédents pathologiques, se plaint depuis le mois de janvier 1946 de fatigue et de lassitude musculaire douloureuse ; en juillet apparaissent des phénomènes de polyarthrite sur lesquels le salicylate n'exerce aucune action, en même temps l'asthénie et l'amaigrissement s'accentuent. Puis une température élevée se manifeste le 15 septembre, date de son admission à Tenon. A ce

moment, on observe l'éruption suivante : au visage un érythème en vespertilio à bords émiettés, parsemé de squamules grisâtres, accompagné sur le dos du nez d'une kératose ponctuée ; sur la pulpe des doigts et sur la paume des mains des placards ovalaires présentant trois zones, une bordure périphérique carminée, une zone moyenne pâle décolorée et une ponctuation centrale squamo-croûteuse. De plus il existe sur la lèvre supérieure aussi bien qu'au bout des doigts des pétéchies à centre blanchâtre non vésiculeux répondant à la description des « white centred petechis » de Libman. Enfin, il y a de nombreuses excoriations hémorragiques sur la muqueuse buccale. Soulignons le fait qu'il n'y a pas à ce moment de troubles cardiaques : le cœur est rapide mais régulier, il bat sans souffle ni bruit surajouté à l'exception d'un dédoublement du premier bruit ; T. A. 11,5-6. Chez cette malade émaciée, asthénique, dont la température atteint 39°5, dont l'aspect évoque une infection sévère, on fait une pénicillinothérapie massive et elle reçoit en deux semaines 22 millions d'unités et 6 transfusions de sang frais. Cela n'empêche nullement la maladie de s'aggraver de jour en jour, la courbe de température de dessiner des clochers irréguliers, l'éruption de faire des poussées successives, les manifestations viscérales d'apparaître. En effet, on trouve dans les urines albumine, hématies et cylindres, l'urée sanguine atteint 1 gramme ; un souffle systolique léger apparaît, les pulsations sont entre 110 et 140. Le 6 octobre, on assiste à des crises convulsives des membres supérieurs puis à une contracture de la nuque, mais le liquide céphalo-rachidien est normal. La malade verse dans un état stuporal et meurt le 14 octobre, alors que la température atteint 41°3.

Au cours de cette évolution lamentable de nombreux examens furent pratiqués : Bordet-Wassermann négatif, cuti et intradermo à la tuberculine négatives, *leucopénie* à 2.000 globules blancs avec 60 o/o de poly., médullogramme peu modifié, vitesse de sédimentation à 46-103-151, toutes les hémocultures négatives aussi bien en aérobie qu'en anaérobie, inoculations multiples de sang et de liquide céphalo-rachidien au lapin, à la souris et au cobaye, toutes vaines. Grâce au Dr Lépine on peut inoculer un cynocéphale femelle avec 5 centimètres cubes de sang intrapéritonéal, 1 centimètre cube sous-cutané, et 0 cm³ 5 de liquide céphalo-rachidien intracérébral, le tout sans résultat. Enfin, après l'autopsie un broyat des végétations endocardiques fut vainement inoculé au cerveau d'une souris.

Les examens histologiques ont retrouvé sur la peau les caractères habituellement départis à la forme subaiguë du lupus de Cazenave, mais atténués, esquissés, mêlés à des foyers de capillarite purpurigène ; le cœur présente sur la mitrale et la tricuspide des saillies mamillaires faite d'un collagène œdémateux infiltré de lymphocytes mais non de polynucléaires ; dans le rein nous trouvons une glomérulite d'un type un peu spécial avec rétraction du flocculus et exsudat albumineux dans la lumière, mais sans les aspects particuliers décrits par Baehr ; le cerveau enfin est le siège d'un large ramollissement par thrombose vasculaire.

Nous retrouvons dans cette observation tous les détails qui caractérisent le syndrome que Libman et Sachs ont décrit en 1924 et dont Degos a rapporté un cas ici même. L'histoire clinique est toujours la même : une femme jeune, sans antécédents pathologiques, non tuberculeuse, présente un état d'allure infectieuse avec arthralgies, amaigrissement et asthénie rapidement impressionnante; la température s'élève, des souffles cardiaques, des signes de néphrite apparaissent, parfois des épanchements des séreuses, une grosse rate. Le plus souvent le diagnostic envisagé est celui de maladie d'Osler, mais les hémocultures sont uniformément négatives. C'est alors que, bien souvent, on accorde plus d'attention aux manifestations cutanées qui avaient été méconnues ou négligées, et cela d'autant plus aisément qu'elles peuvent être discrètes, fugaces, parcellaires. Tous les intermédiaires existent en effet entre le masque en vespertilio, parfois déclanché par une insolation, et les grands érythèmes diffus des membres, d'une part, et de petits placards érythémateux, à peine squameux, ponctués de rares white centred petechies, d'autre part. Insistons sur le fait que chez certaines malades les lésions sont très discrètes, comme ce fut le cas d'une jeune malade de Julien Marie chez qui l'un de nous eu l'occasion de faire une biopsie.

Quel que soit le traitemen appliqué l'évolution se fait fatalement vers la mort, toujours précédée de phénomènes cérébro-méningés et parfois d'une hyperthermie inusitée (celle-ci se retrouve dans 1 cas que l'un de nous publiera avec Schwob et Bonduelle). La durée de la maladie est de six à dix-huit mois.

La nature de cette affection est tout à fait inconnue : jamais on n'a retrouvé la tuberculose ni dans les antécédents, ni par les recherches bactériologiques et anatomiques; le streptocoque a été incriminé, mais toutes les hémocultures sont négatives et d'autre part la notion de l'inefficacité de la pénicilline s'inscrit contre cette hypothèse; s'agit-il d'un virus non transmissible ? C'est cette dernière hypohèse qui paraît devoir être retenue pour certains. Reste une autre explication, celle d'une affection d'intolérance par chocs allergiques à divers antigènes, explication proposée par de nombreux auteurs pour une affection voisine, la périartérite de Kussmaul.

Il est difficile d'assigner sa place nosologique à cette curieuse maladie : par la morphologie histologique elle se sépare de la maladie de Kussmaul avec laquelle elle présente cliniquement certaines analogies; par l'évolution fatale elle s'oppose à la maladie trisymptomatique de Gougerot. Sans doute les caractères de l'éruption se confondent-ils avec ceux des différents cas de lupus exanthématique connus depuis Kaposi et dont Sézary a publié plusieurs exemples, comme les caractères de l'adynamie se rapprochent de ceux du lupus exanthématique asthénique de Gougerot. Milian sous le nom d'érythrœdème a décrit un fait sans doute très voisin. Il n'est pas jusqu'aux dermato-myosites aiguës ou subaiguës qui ne puissent être évoquées.

Or il n'est pas une seule de ces affections qui ne puisse à un moment donné de son évolution s'accompagner de signes viscéraux : aortiques, cardiaques, rénaux, nerveux. Dans ces conditions il semble logique de penser qu'il y a là tout un groupe de « dermo-viscérites » dont le Libman Sachs représenterait la forme maligne. Mais de la lecture des observations publiées il appert qu'il ne faut faire à aucune manifestation viscérale une place prédominante, à l'endocardite pas plus qu'aux autres : elle peut en effet être discrète, contingente, fugace; elle peut même manquer. Dans ces conditions, le terme beaucoup plus général de lupo-érythémato-viscérite nous paraît mieux s'adapter à la pluralité des cas.

A propos des dermatoses invisibles, par M. le Dr Krementchousky (Limoges).

Au sujet de ces dermatoses particulièrement étudiées par mon maître Gougerot et ses élèves, je crois utile de rapporter le cas suivant qui me paraît intéressant par son allure quasi-schématique.

M. Par... Théophile, âgée de 33 ans, se présente le 7 février 1947 avec une éruption psoriasiforme apparue à l'âge de 18 ans.

Comme tant d'autres dermatoses évoluant sur terrain arthritique, cette éruption a pâli et ses éléments ont diminué en nombre et intensité au point de devenir « insignifiants », lors de sa captivité en Allemagne et du régime draconien qu'il y a subi.

Dès son retour de captivité, il s'est jeté, comme la plupart de ses camarades sur les graisses et albumines dont il fut si longtemps privé et son éruption devint évidemment plus florissante que jamais.

A l'examen superficiel, aspect de psoriasis « inversé » en ce qui concerne les sièges d'élection, car les coudes et genoux sont indemnes, les membres ne présentent que de rares placards nummulaires, le maximum étant localisé au tronc, dos, poitrine et flancs. Rien au visage, mais le cuir chevelu est recouvert de larges placards squameux.

A un examen plus détaillé par contre, les squames abondantes sont moins nacrées qu'on ne s'y attendait, la tâche de bougie manque de netteté, pas de pellicule décollable, et rapidement rosée, sanglante, abondante et irrégulière avec çà et là quelques dépressions punctiformes.

En somme, parakératose psoriasiforme typique et importante, nummulaire à éléments variant d'une pièce de 50 centimes à 5 francs, 2 francs en moyenne, régulièrement arrondis ou ovalaires, certains éléments confluant par leurs bords, notamment dans la région lombaire.

Jusque là rien que de très banal.

Traitement ordonné : régime de Grutz, modifié dans le sens végétarien et décapage par de l'axonge salicylée à 12 o/o, contenant 2 o/o d'oxyde jaune de Hg, enjoignant bien au malade de ne décaper strictement que les lésions elles-mêmes.

Le 12 mars, les plaques commencent à être bien décapées et une pommade réductrice cadique est ordonnée pour le cuir chevelu.

Le 17 mars, après avoir fait du zèle, frotté, poncé et surtout recouvert de pommade décapante, en dépassant largement les limites des lésions, le malade présente une dermite artificielle d'une topographie très spéciale : chaque élément nullement irrité lui-même est entouré d'une zone de peau absolument saine d'apparence, blanche et lisse de 5 à 6 millimètres de largeur, d'une régularité parfaite et autour de cette zone, la dermite s'étale en une bande de 6 à 8 millimètres de large, entourant, non moins exactement la zone apparemment saine.

Cette deuxième bande est composée de points de 1 sur 2 millimètres allongés dans le sens de la bande elle-même, points érythémateux purs ou très légèrement squameux ou croûteux à petites croûtes jaunâtres, suite sans doute de vésiculettes éphémères, ayant passé inaperçu.

Ces points ne présentent aucune infiltration et sont séparés entre eux par de la peau saine ou à peine rosée.

Dans la région lombaire où plusieurs plaques confluent, les deux bandes blanches et rouges décrivent de gracieuses arabesques, présentant les mêmes caractères. En certains points, la bande érythémateuse s'élargit, sa bordure externe s'estompe, mais son bord interne présente toujours la même netteté et se trouve toujours séparé des placards érythémateux par la même zone apparemment saine de 5 à 6 millimètres de large.

Le décapage est arrêté et une crème calmante ordonnée.

Le 21 mars, l'aspect en cocarde est toujours aussi net, mais la bande érythémateuse ne présente qu'un aspect pytiriasique légèrement teinté de jaune par la crème ichtyolée.

Le 25 mars, tout est rentré dans l'ordre.

En somme, tout s'est passé exactement comme si l'irritation traumatique et médicamenteuse n'avait irrité que la peau saine, mais, ni les plaques de parakératose nummulaire, ni surtout la zone de 5 à 6 millimètres qui les entourait et ceci ne me paraît pouvoir être expliqué que par la résistance non seulement de la dermatose visible, mais aussi de l'invisible, résistance à l'irritation supérieure à celle de la peau normale.

Il nous paraît également intéressant de souligner que cette zone invisible présentait une largeur de 5 à 6 millimètres; rigoureusement précise et toujours la même, qu'il s'agisse de petits éléments, d'à peine 50 centimes ou de gros placards confluents. Soit dit en passant, j'ai plusieurs fois observé cette dernière particularité décrite par le Pr Gougerot, lors de la résorption de l'éosine, la zone blanchâtre entourant des éléments lenticulaires ou nummulaires présentait sensiblement la même largeur.

Enfin la dermatose étant depuis plusieurs mois fixée et sans nulle tendance à l'agrandissement, il ne peut s'agir de lésions encore invisibles, mais qui le seraient devenues dans les jours suivants.

Rien de particulier n'a été noté au niveau du cuir chevelu.

Le malade s'est malheureusement refusé à la biopsie.

Kraurosis vulvæ ou sclérodermie localisée, par M. Jean Roux (de Limoges) présenté par M. Rabut.

Mlle D..., âgée de 26 ans, vient nous consulter pour « un bouton qui a rongé la vulve » ; il est difficile d'obtenir des précisions sur le début de l'affection, la malade n'y ayant tout d'abord attaché aucune importance du fait de l'absence de troubles fonctionnels.

A l'examen, atrophie générale de la vulve, grandes lèvres amaigries, réduites à un étroit bourrelet, petites lèvres marquées par un pli à peine distinct à la face interne des grandes, clitoris rudimentaire caché par un pont membraneux tendu entre les vestiges des grandes lèvres. Hymen et caroncules disparus. Orifice vaginal rigide, rétréci, méat uréthral atrésique. Fait intéressant, les lésions sont étendues à la région anale ; les téguments anovulvaires sont raides, collés aux plans sous-jacents, la muqueuse est de teinte opaline-laiteuse, sèche, vernissée de consistance parcheminée.

Pas de prurit. Dans les antécédents, pas de syphilis, pas de blennorragie, pas de dermatoses préexistantes. Appendicectomie en 1939, mais pas d'intervention sur les organes génitaux. Les règles quoique peu abondantes apparaissent régulièrement chaque mois, signale des troubles hépato-vésiculaires de longue date.

Examen somatique négatif si ce n'est la douleur vésiculaire. Réaction de Bordet-Wassermann dans le sang négative.

En somme, aspect de kraurosis vulvæ apparu, chez une femme jeune, réglée à peu près normalement, sans antécédents pathologiques susceptibles d'expliquer sa pathogénie, peut-être s'agit-il d'une sclérodermie vulvo-vaginale dont quatre observations seulement ont été rapportées par M. Gougerot, mais ici par de lilac ring net.

Une biopsie examinée par M. Bolgert a montré une hyperkératose très prononcée avec parakératose discrète, épiderme souvent epaissi, un peu atrophique parfois, d'aspect singulier avec crêtes interpapillaires élargies. Derme dense scléreux. Traînées inflammatoires des crêtes obliques ou perpendiculaires à la surface. Aspect à peu près identique des lésions anales.

Nous nous proposons après dilatation anovulvaire sous anesthésie générale et rupture du pont scléreux d'instituer un traitement hormonal intensif.

Traitement de l'eczéma chronique par l'abcès de fixation, par M. le Dr Fernand Cohen (d'Oran).

M. Daoulas de Brest, nous a fait connaître par une communication à la Réunion du 14 novembre 1946, les résultats intéressants obtenus dans le traitement de l'eczéma chronique par l'abcès de fixation.

Voici deux observations personnelles et récentes où les résultats heureux concordent avec ceux de M. Daoulas.

Observation I. — M. G..., vieillard alerte de 70 ans dont l'état général ne révèle, après un examen sévère, que des troubles intestinaux banaux, constipation avec phase de diarrhée, présente cependant depuis plus de deux ans un eczéma chronique sous forme de larges placards croûteux fréquemment parsemés de vésicules et de vésiculo-pustules, volontiers suintants, type parfait de l'eczéma chronique quelque peu infecté par le grattage consécutif au prurit particulièrement marqué chez notre sujet très nerveux. En août 1946, voyant le malade pour la première fois, j'ai aisément tari le suintement par un traitement local banal et par un traitement général pénicillé : 200.000 U. en 24 heures. Depuis auto-hémothérapie, splénothérapie, badigeons au violet de gentiane, pâtes à l'eau, à l'ichtyol et autres ont grandement amélioré mon malade sans jamais le blanchir. En mars 1947, je lui ai injecté 2 centimètres cubes d'essence de térébenthine sous la peau de l'abdomen, j'ai incisé 6 jours après l'abcès artificiel obtenu. Très rapidement les placards se sont affaissés, ont desquamé et depuis, la peau réparée ne présente que des traces légèrement pigmentées. Plus le moindre prurit. Le malade s'estime guéri. Il n'a en effet pas récidivé depuis.

Obs. II. — M. A..., homme de 45 ans, se présente pour la première fois en mars 1947, à la consultation de dermatologie de la clinique municipale d'Oran. Il présente depuis 2 ans de larges placards d'eczéma croûteux chronique, au niveau des cuisses et des jambes, des lésions types d'eczéma papulo-vésiculeux au niveau des bras et de l'abdomen. Prurit constant, pénible. Il ne peut depuis 6 mois poursuivre son travail de docker au port d'Oran. L'examen général et divers examens biologiques sont négatifs. J'injecte 2 centimètres cubes d'essence de térébenthine sous la peau de l'abdomen. Abcès fluctuant incisé au sixième jour, cicatrisé 10 jours après. Cessation immédiate du prurit. Le malade revu un mois après vient me témoigner sa satisfaction pour une guérison inespérée qui lui a permis de reprendre son travail.

En conclusion, sans rien augurer de l'action anti-infectieuse ou antitoxique de l'abcès de fixation sur la pathogénie de l'eczéma, ces observations comme celles de M. Daoulas, semblent devoir retenir l'attention de nos collègues sur une thérapeutique digne d'être essayée dans une affection aussi décevante que l'eczéma chronique.

ÉLECTIONS

Sont élus :

Membres titulaires : MM. J. Pinard et R. Chaussinand.

Membres correspondants étrangers : Pr Prunes (Chili), Dr Jaramillo, Weinstein (de Santiago).

Le Secrétaire de Séance :
Georges Garnier.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

SÉANCE DU JEUDI 22 MAI 1947

Présidence : M. Ch. Flandin.

SOMMAIRE

PRÉSENTATIONS DE MALADES

Lupus érythémateux et traumatisme, par MM. H. Gougerot et Paul Blum.

Quelle que soit l'opinion que l'on adopte sur les causes des lupus érythémateux, un problème médico-social important est soulevé par cette observation, notamment à propos de l'application de la loi des accidents du travail : chez cet ouvrier

de 27 ans, bien portant jusqu'alors, en apparence, un lupus érythémateux typique est apparu à la face, quelques jours après une blessure à la face par chute de bicyclette.

Ce problème pathogénique est difficile à résoudre : le traumatisme a-t-il inoculé le lupus érythémateux ? il ne semble pas, car les cicatrices des blessures ne coïncident pas avec les médaillons du lupus érythémateux ; le traumatisme a-t-il déclanché et localisé, à la face traumatisée, le lupus érythémateux qui était en puissance ? est-ce coïncidence ? c'est possible, car c'est le premier cas où nous voyons l'apparition d'un lupus érythémateux après un traumatisme, dans la même région.

Dans l'impossibilité de conclure, le doute doit profiter à l'accidenté, de même qu'il est d'usage, en pareil cas, pour d'autres dermatoses, afin qu'il bénéficie des lois sociales.

Le n° 149.050, 27 ans, ouvrier d'usine, nous est envoyé par le Dr Senseigne, de Souppes (Seine-et-Marne).

A la face, on aperçoit :

1° des cicatrices verticales sur le rebord orbitraire et la joue droite avec tendance chéloïdienne, ponctuées de points noirâtres, sortes de tatouage, inoculés par les débris du sol, lors de l'accident de bicyclette survenu en 1945;

2° des médaillons de lupus érythémateux fixe typique apparus quelques jours après l'accident, sans que le malade puisse préciser exactement le début.

Ces plaques de lupus érythémateux caractéristiques, de 35 à 45 millimètres occupent le dos et les parties latérales du nez, la joue gauche, la région préauriculaire gauche, le côté gauche du cou et l'aile droite du nez ainsi que le sillon nasogénien droit.

Ces médaillons sont typiques avec leur érythème, leurs squames adhérentes et ponctuées avec bords saillants et atrophie centrale.

L'état général semble normal. L'intradermo-réaction à la tuberculine est positive, papules de 10 millimètres de diamètre. Bordet-Wassermann, Hecht et Kahn sont négatifs. Le traitement bismuthique est commencé.

Lupus érythémateux typique ayant débuté par la forme de « lupus érythémateux tumidus, par MM. H. Gougerot et Jean-Jacques Meyer.

On a contesté l'existence du lupus érythémateux tumidus qui nous semble pourtant incontestable, et deux de nos arguments principaux étaient : — coexistence de placards de lupus érythémateux tumidus et de lupus érythémato-squameux typique fixe; — succession ou faits de passage et transformation d'un lupus érythémateux tumidus en lupus érythémateux classique typique, et c'est pourquoi, le malade d'aujourd'hui est intéressant (1).

Le malade, n° 146.223, veilleur de nuit, grand et fort, né en 1884, a vu apparaître à la face, au cours de l'année 1942, sans troubles généraux, les lésions du lupus érythémateux tumidus : d'abord un petit élément sur la pommette gauche qui s'étendra progressivement, puis deux éléments de la face.

(1) Lupus érythémateux « tumidus » (avec Burnier et Olga Éliascheff), *Soc. Dermat.*, 11 décembre 1930, n° 9, p. 1291 et 15 janvier 1931, n° 1, p. 2. *Arch. d. s. de la Clinique de l'Hôp. Saint-Louis*, juin 1931, n° 10, p. 273.

Lupus érythémateux « tumidus » (observations nouvelles) (avec Burnier et A. Carteaud), *Soc. Dermat.*, 12 février 1931, n° 2, p. 95. *Arch. d. s. de la Clinique de l'Hôp. Saint-Louis*, juin 1931, n° 10, p. 273.

Inoculation positive au cobaye d'un lupus érythémateux tumidus et rétro-culture positive (avec Burnier et Ragu). *Soc. Dermat.*, 11 février 1932, n° 2, p. 220. *Arch. d. s. de la Clinique de l'Hôp. Saint-Louis*, décembre 1932, n° 16, p. 528.

Inoculation positive du cobaye d'un lupus érythémateux tumidus : rétroculture d'une souche humaine (avec Burnier et Ragu), *Soc. Dermat.*, 14 avril 1932, n° 4, p. 511.

Au premier examen, le 11 janvier 1946, l'aspect du lupus érythémateux tumidus s'impose sur les trois lésions : 1° élément initial sur la pommette gauche de 32 × 35 millimètres vers la région malaire; 2° élément sur la pommette droite de 29 × 23 millimètres; 3° élément sur le dos du nez de 27 × 32 millimètres.

L'aspect « tumidus » est frappant dès le 1er examen, saillie de 4 à 5 millimètres. Cet aspect existait dès le début de l'affection, et s'est depuis maintenu tel. C'est seulement en cherchant que l'on découvre les caractères du lupus érythémateux ordinaire, en plusieurs points : squames adhérentes ponctuées.

Une première cure sulfamidée de 6 grammes d'Adiazine du 18 au 25 janvier reste inefficace.

Une deuxième cure de 12 injections de bismuth reste inactive.

Une troisième cure d'or totalisant 2 gr. 50, du début d'avril au 17 mai 1946 amène, dès la dose de 1 gramme, une amélioration importante : l'aspect « tumidus » disparaît complètement et les placards sont de niveau avec la peau normale. Les lésions squameuses et ponctuées diminuent, sans disparaître. Le malade très satisfait ne revient plus consulter.

On ne le revoit qu'en novembre 1946. L'aspect « tumidus » ne s'est pas reproduit, il ne reste que l'aspect du lupus érythémateux ordinaire, stationnaire depuis la fin de la cure de mai 1946. Une deuxième cure d'or est instituée loin de nous et amène, au dire du malade, la presque disparition de tous les éléments, si bien que nous ne le revoyons que le 29 mars 1947, parce que des éléments nouveaux de lupus érythémateux sont survenus à quelques millimètres des reliquats des anciens lupus; ces nouveaux éléments ont les caractères typiques du lupus érythémateux ordinaire.

Lupus érythémateux et pénicilline, par MM. H. Gougerot et Mme Pillet-Savaton.

Cette observation a une double importance :

1° Pratique et thérapeutique en montrant que la pénicilline peut être utile dans le lupus érythémateux, en amenant une décongestion des lésions cutanées et surtout en cicatrisant les lésions érosives des muqueuses; mais la pénicilline ne guérit pas le lupus érythémateux, ainsi que l'avaient déjà souligné les Nord-Américains;

2° Doctrinale et étiologique, car l'échec de la pénicilline à dose assez forte de 7.520.000 U. est contraire à l'hypothèse de certains auteurs étrangers de l'origine streptococcique du lupus érythémateux. Nous restons donc fidèles à la doctrine française de l'origine tuberculeuse (1).

La malade, n° 146.759, 36 ans, a un lupus érythémateux de la face et des muqueuses buccale et labiale depuis septembre 1944, et trois petites plaques de 4 à 6 millimètres de diamètre à la face antérieure de la base du cou.

Les lésions sont typiques : placards multiples érythémato-squameux adhérents et ponctués. A la lèvre inférieure et sur la langue : leucokératose superficielle avec érosions sans symptôme caractéristique.

Les lésions subissent une nette recrudescence en été et le dosage des porphyrines urinaires donnent 155 γ par litre (la normale étant aux environs de 50 γ).

Des traitements multiples ont été essayés : — une première cure de sulfamidothérapie totalisant 54 grammes d'Adiazine en 9 jours associée à la vitamine PP (Nicobion). L'amélioration est nette à la suite de ce traitement, le 17 avril 1946 et les porphyrines ont disparu des urines; — une deuxième cure de sulfamides et de Nicobion n'amène pas d'amélioration; — une troisième cure : 15 injections de bismuth (Muthanol) du 16 juin 1946 au 20 septembre 1946, reste inefficace; — une quatrième

(1) Tuberculoses cutanées atypiques non folliculaires. *Revue de la tuberculose*, 1908 : août, n° 4, p. 345 ; octobre, n° 5, p. 432 ; décembre, n° 6, p. 509.
Étiologie du lupus érythémateux (avec Burnier), *Rapport au Congrès de Lyon*, 19 juillet 1934, C.-R. I, p. 55 (bibliographie).

cure totalisant 0 cgr. 93 de Chrysalbine en décembre 1946 et janvier 1947 n'améliore pas et est mal tolérée (acrocyanose et leucokératose de la muqueuse buccale); — une cinquième cure : pénicilline totalisant 7.520.000 U., du 19 avril au 3 mai 1947. Au début de cette cure, le 21 avril, la numération sanguine donnait : G. R. : 3.680.000; G. B. : 5.200; P. N. : 52; P. E. : 2; P. B. : 0; G. M. : 12; M. M. : 21; Leuco. : 13.

Vitesse de sédimentation le 21 avril : 1 heure : 22; 2 heures : 44; 24 heures : 140. Puis, le 25 avril : 1 heure : 6; 2 heures : 8; 24 heures : 115.

A la fin de la cure, le 2 mai 1947 : 1 heure : 27; 2 heures : 48; 24 heures : 105. Les porphyrines urinaires sont à 0; l'examen électrique, par le Dr Giraudeau, montre des réactions normales des nerfs et des muscles. Pas de réaction myasthénique.

La température est normale. L'amélioration des lésions cutanées se borne à la décongestion et à la chute des squames, sans qu'il y ait guérison. Les lésions des muqueuses sont cicatrisées et les douleurs muqueuses ont disparu en 48 heures.

Coexistence d'érythème noueux et d'érythème polymorphe en cocardes, par M. H. Gougerot et Mme Robbes.

Cette coexistence assez rare et signalée par plusieurs d'entre nous est intéressante parce qu'elle soulève au moins deux problèmes :

1° *Problème pathogénique.* — L'un de nous, à propos de cas semblables, émet l'hypothèse que le virus, qui évidemment est le même dans les deux lésions, donne des lésions différentes, parce qu'il s'arrête dans des plans différents du tégument; dans le derme superficiel, il donnera la cocarde de l'érythème polymorphe; dans le derme profond et dans l'hypoderme l'érythème noueux.

2° *Problème étiologique.* — Si l'on admet que le même virus est coupable, on soulève la discussion de l'origine constamment tuberculeuse de l'érythème noueux, ce que soutiennent les pédiatres et, par conséquent, l'origine tuberculeuse de l'érythème polymorphe; ce qui est très contesté. Aussi restons-nous dans la conception de l'érythème noueux et de l'érythème polymorphe, syndrome dû à des causes différentes, la tuberculose n'étant qu'une de ces causes. L'hypothèse d'un virus spécial encore inconnu serait très séduisante.

La malade, n° 149.103, née en 1926, associe, le 2 mai 1947 :

1° aux deux jambes des grosses nodosités rouges et violacées d'érythème noueux typique douloureux;

2° au visage et au cou, des cocardes d'érythème polymorphe papulo-vésiculeux typique.

Pas d'autres éléments cutanés sur le corps. Un grand nævus angiomateux de tout le membre supérieur gauche, sans troubles squelettiques.

État général mauvais : grande fatigue, amaigrissement, arthralgies, fièvre oscillant autour de 39°; radio pulmonaire négative. Pas d'antécédents héréditaires nets.

Les recherches étiologiques donnent : intradermo-réaction à la tuberculine, nodule de 3 millimètres de diamètre, au bout de 48 heures; intradermo-réaction staphylococcique, nodule de 10 millimètres de diamètre au 5e jour; intradermo-réaction streptococcique, réaction précoce se prolongeant intense : grosse nodosité de 10 millimètres de diamètre avec centre phlycténulaire et auréole périphérique d'environ 5 millimètres de largeur.

Cas pour diagnostic : éruption maculo-squameuse disséminée hyperkératosique palmo-plantaire, ulcération du talon, par MM. H. Gougerot, Jean-Jacques Meyer et Debeyre (Histologie par B. Duperrat).

Cette malade, n° 148.915, ouvrière, née en 1883, a vu la dermatose actuelle commencer en 1914, à l'âge de 31 ans : d'abord, hyperkératose plantaire des deux pieds ; puis, rapidement, dans la même année 1914, des milliers de petits éléments sur une jambe, envahissant tout le corps, respectant seulement le dos relativement, le cou et

la face complètement ; enfin, hyperkératose palmaire bilatérale. Ainsi, en quelques mois, l'affection s'est constituée et, depuis cette époque lointaine, depuis plus de 30 ans, l'affection s'est fixée. Finalement, comme sa dermatose s'avérait seulement inesthétique, ne créant ni gêne fonctionnelle dans le travail, ni prurit, ni douleur, la malade a cessé de se traiter et il a fallu, en 1944, la survenue d'une ulcération douloureuse du talon, pour qu'elle se décide à revoir le médecin.

A notre premier examen, le 1er avril 1947, la dermatose est caractérisée par trois sortes de lésions, les deux premières étant du même ordre avec des faits de passage entre elles.

1° *Macules squameuses disséminées sur tout le corps*, par milliers, arrondies ou légèrement ovalaires de 2 à 5 millimètres de diamètre, à bords nets tranchant sur la peau saine, tracées au compas, gris-brun et ternes. A la palpation, on sent une saillie papuleuse, mais la curette enlève, en bloc, une squame épaisse de 1 à 2 millimètres, en « pain à cacheter », à face profonde, légèrement convexe, gris foncé ou brunâtre, qui était incrustée dans l'épiderme normal et ce disque corné étant détaché laisse, dans le tégument, une empreinte rose pâle cupuliforme, sans suintement, sans infiltrat, ni papule, sans lésions visibles des pores glandulaires ni des follicules pileux.

Ces éléments innombrables, tous semblables les uns aux autres, sont séparés par une peau saine; mais ils se trouvent très rapprochés de 1 à 20 millimètres, sans confluer, réalisant un véritable aspect tigré. Le visage et le cou sont respectés. Le dos ne montre que quelques éléments disséminés.

2° *Hyperkératoses palmo-plantaires* que des *lésions de transition* relient aux macules précédentes.

La kératodermie plantaire a commencé bilatérale et symétrique; très accentuée elle réalise une nappe d'épaisseur uniforme couvrant toute la plante des pieds. Seule l'ulcération du talon droit rompt cette uniformité.

La kératodermie palmaire bilatérale est d'aspect différent. Siégeant sur la paume entière, les éminences thénar et hypothénar, la face palmaire des cinq doigts, elle n'est pas uniforme, car elle est faite de petites hyperkératoses de 3 à 12 millimètres de diamètre jaunâtres et translucides, non confluentes, sauf sur les éminences thénar et hypothénar où l'ensemble forme une nappe bosselée, irrégulière.

3° *Ulcération du talon* droit sur la partie inféro-interne, légèrement ovalaire de 29 × 34 millimètres, limitée par un bourrelet d'hyperkératose, à bords nets, à fond propre ulcéro-végétant, non purulent. Depuis son apparition, en 1944, cette ulcération a progressé lentement sans tendance à la cicatrisation. Elle est si douloureuse que la malade a dû interrompre son travail et ne marche que très difficilement, provoquant une sorte de psychose de la douleur. A la radiographie, pas de lésions osseuses.

La biopsie de cette ulcération du talon montre des bourgeons constitués par une papillomatose cornée reposant sur un derme inflammatoire. Un caractère particulier est l'inégalité de taille des éléments cellulaires jeunes et l'aspect bourgeonnant de certains noyaux. Pas de lésions tuberculeuses, ni épithéliomateuses. En conclusion : placard papillomateux proliférant présentant quelques aspects dyskératosiques.

État général. — La malade est pâle, fatiguée, nerveuse et insommique, du fait de sa douleur talonnière. A l'examen général, pas de troubles nets : T. A. (au Vaquez) 14-8; réflexes tendineux et pupillaires normaux; séro-réactions de Bordet-Wassermann et Kahn négatives; intradermo-réaction à la tuberculine faiblement positive; nodule de 3 millimètres.

Dans sa famille, ascendants et collatéraux, pas de dermatoses, pas de kératodermie palmo-plantaire.

Traitement. — La douleur talonnière n'a été calmée ni par les injections de vitamine B, ni par les pansements alternés de novocaïne et d'alcool; cependant, l'ulcération paraît actuellement s'améliorer par une solution alcoolique à 2 o/o d'éosine et la pâte ichtyolée de Brocq.

Les traitements internes des pelades graves ou récidivantes déterminés par le métabolisme basal, par M. E. Juster.

Les nouveaux produits chimiothérapiques et opothérapiques donnent dans un grand nombre de cas de pelade, des résultats que les anciennes médications ne permettaient pas d'obtenir. Ces succès thérapeutiques confirment la valeur du syndrome endocrino-sympathique de la pelade étudié il y a 25 ans avec Lévy-Franckel.

Afin d'établir les diagnostics endocrinologiques sur une base solide, le Métabolisme Basal (M. B.) a été déterminé dans tous les cas de pelade grave ou récidivante traités par moi-même depuis plusieurs années. Le M. B. est normal avec un écart de 10 o/o en plus ou en moins, c'est-à-dire qu'il est augmenté au-dessus de 10 o/o et diminué au-dessous de — 10 o/o.

Parmi toutes mes observations de peladiques graves ou récidivants je n'en ai classé que 52 très caractéristiques, réparties comme suit :

25 avec un M. B. augmenté,
13 avec un M. B. diminué,
14 avec un M. B. normal.

Donc, la moitié de ces cas groupe des hyperthyroïdiens. L'association de pelade et d'hyperthyroïdie est classique depuis les travaux de Basedow, de Sabouraud, de Lévy-Franckel, Juster et Van Bogaert, de Sézary, Horovitz et Georges Lévy; confirmés par les résultats thérapeutiques de Lévy-Franckel, Cottenot et Juster, Sézary et Lefèvre, Spillman, etc., et surtout par les recherches expérimentales de Sainton et de ses élèves Peynet et Lisfonel.

Je voudrais signaler la particulière efficacité, chez ces peladiques hyperthyroïdiens, des nouveaux produits synthétiques antithyroïdiens tels que l'aminothiazol (Abadol). Grâce à cette médication, lorsqu'elle est supportée, on observe des repousses dans des cas jusqu'ici rebelles à tout traitement interne (1).

La diminution du M. B. est plus en rapport avec des perturbations du système hypophyso-génital qu'avec des lésions de la thyroïde. Dans cette série, aucun malade ne pouvait être considéré comme un vrai hypothyroïdien, d'aspect myxœdémateux. Par contre, les hommes peladiques, à M. B. diminué, offraient un type clinique constant, assez bien schématisé par un sujet de 25 à 55 ans dont la pelade s'accompagne d'impuissance sexuelle. Cette impuissance, d'intensité variable suivant les individus, provient ordinairement d'un manque de désirs et non d'une difficulté de réalisation.

Chez les femmes peladiques, la diminution du M. B. traduit un dysfonctionnement hypophyso-ovarien, car cette pelade s'observe soit à la puberté, soit à la ménopause, soit encore à la suite de troubles ovariens .

Le visage de ces peladiques, hommes ou femmes à M. B. diminué, a quelque chose de caractéristique : il ne révèle ni le sexe ni l'âge du malade.

Le traitement de ces peladiques est basé sur l'emploi de bons extraits antéhypophysaires en injections intramusculaires. Il améliore les troubles sexuels en même temps qu'il provoque la repousse pilaire. Cependant, c'est dans cette catégorie de malades que l'on trouve les grandes pelades définitives, lesquelles s'apparentent au syndrome de l'insuffisance antéhypophysaire (maladie de Simmons) où l'on observe la chute des poils et même des cheveux (De Gennes, *Cachexie hypophysaire* in « Sujets médicaux d'actualité »).

L'étude clinique des peladiques dont le M. B. est normal, c'est-à-dire compris entre + 10 o/o et — 10 o/o, est instructive. Elle révèle : soit des syndromes pluriglandulaires dont les effets divergents sont causes d'erreur dans l'interprétation du M. B.; soit des troubles neuroglandulaires qui ne sont plus décelables lors de l'examen trop tardif du M. B. Il en est ainsi dans les pelades consécutives à de fortes émotions (batailles, bombardements, etc.) ou à des traumatismes craniens.

(1) Chez un malade, dont la pelade remontait à 10 ans, l'Abadol a déclenché une repousse de la barbe et des cheveux en même temps qu'il réduisait de moitié un gros adénome prostatique.

On voit encore des pelades à M. B. normal dont le début a coïncidé avec des troubles ovariens disparus au moment de l'examen. Ces observations montrent des perturbations des centres nerveux ou glandulaires réglant la vie végétative.

Enfin, il est une variété de pelade à M. B. normal coexistant avec des troubles sympathiques évidents. C'est la pelade des malades présentant un syndrome de Raynaud. Dans ces cas, les nouvelles médications du sympathique tel que le Priscol donnent souvent de bons résultats.

Pour être complet, il me faut attirer l'attention sur un symptôme fréquent chez les peladiques : c'est l'apparition prématurée d'un gérotoxon ou arc sénile oculaire chez des sujets relativement jeunes. Le gérotoxon est dû à des troubles du métabolisme du cholestérol en rapport avec des dysfonctions glandulaires : foie, thyroïde et surrénales.

En résumé, la pilosité, dans l'espèce humaine, est basée sur un équilibre neuro-glandulaire qui ne peut être modifié sans troubler l'intégrité du système pileux. Chez les peladiques, l'étude clinique et la détermination du M. B. donnent, en utilisant judicieusement les nouveaux produits chimiothérapiques ou opothérapiques, les meilleurs résultats obtenus jusqu'ici. Cependant, dans certains cas, la perturbation neuro-glandulaire reste au-dessus de nos possibilités thérapeutiques actuelles. Ainsi en est-il pour la pelade de la grande insuffisance antéhypophysaire.

M. Ch. Flandin. — L'un des facteurs déterminants de la pelade paraît être, comme l'avait bien vu Jacquet, les lésions dentaires. Il faut parfois une radiographie dentaire totale pour les déceler. Leur traitement amène, dans la règle, la guérison de pelades ayant résisté à toutes les thérapeutiques, même endocriniennes.

Réaction cutanée générale érythrodermiforme à la sulfamidothérapie locale. Tests sulfamido-chlorés positifs, par MM. F. Coste, J. Boyer et B. Piguet.

Malade âgé de 25 ans, qui a présenté fin mars 1947 deux petites plaques d'eczéma suintant sur la face externe des avant-bras et une plaque plus réduite au niveau du sillon naso-génien droit.

Cette poussée d'eczéma s'est accompagnée pendant plusieurs jours de sueurs froides extrêmement abondantes, profuses, dont l'interrogatoire n'a pu permettre d'élucider l'origine.

Traité au bout de quelques jours par une pommade aux sulfamides (vraisemblablement au 1162 F) et par application de poudre de 1162 F, le malade présente dans la nuit suivant le traitement un vif prurit local et le lendemain l'eczéma commence à se généraliser en partant des plaques primitives. Deux autres applications de sulfamides ont lieu. Au 3e jour, le malade présente une grande dermatose érythémateuse et suintante généralisée qui devient bientôt desquamative et réalise le tableau d'une érythrodermie.

L'examen général est absolument négatif.

Dans les antécédents aucun épisode d'eczéma. Le sujet n'a jamais subi auparavant de traitement sulfamidé d'aucune sorte.

Guérison presque complète en 3 semaines par un traitement local (éosine, baume Baissade) ; on pratique alors des tests cutanés.

L'épidermo-réaction simple et l'épidermo-réaction avec scarification au 1162 F sont négatives. Ces mêmes tests au Dakin sont négatifs, mais avec mélange sulfamide-Dakin l'épidermo-réaction simple est légèrement positive et l'épidermo-réaction avec scarification fortement positive (grosse poussée d'eczéma non suintant avec tendance à l'extension autour du test).

S'agit-il là d'un nouvel exemple de sensibilité chloro-sulfamidée sur laquelle l'un de nous a déjà attiré l'attention ?

Le caractère particulier est représenté par le fait que la poussée d'eczéma a été déclenchée par une application de sulfamides simples sans adjonction de produits chlorés.

Mais ne pourrait-on pas dans ce cas supposer que l'apport chloré provenait des sudations abondantes présentées par le malade au début de son affection ou de la sérosité de l'eczéma lui-même et retrouver ainsi le rôle du mélange sulfamido-chloré pour lequel les tests objectivent l'hypersensibilité du patient ? Ce n'est pas la première fois que nous voyons, chez un sujet une apparente sensibilité aux sulfamides, les tests épidermiques rester négatifs aux sulfamides seuls, mais se montrer positifs aux sulfamides + Dakin. On peut donc se demander si la sensibilisation aux sulfamides n'est pas en réalité bien souvent une sensibilisation aux sulfamides chlorés.

M. Ch. Flandin. — L'absorption locale des sulfamides peut déclencher des réactions générales intenses. Dans un cas de sulfamidothérapie uniquement locale sur un panaris, où l'élimination urinaire des sulfamides vérifiée d'heure en heure était normale, j'ai vu passer la leucocytose sanguine en 48 heures de 9.000 à 1.500 avec disparition presque complète des polynucléaires. En même temps survint une asthénie profonde qui se prolongea plusieurs semaines.

Réinfections syphilitiques à répétition, par MM. F. Coste et B. Piguet.

Le malade, âgé de 37 ans, avait contracté en juillet 1935 un *chancre préputial* diagnostiqué à Broca. L'ultra avait été négatif, mais le Bordet-Wassermann positif. Mis au traitement arséno-bismuthique, il ne reçut qu'une seule série à la suite de laquelle le Wassermann devient négatif et le reste malgré une interruption de 1 an dans le traitement qui fut repris au bismuth seul puis interrompu au bout de 3 ans.

En décembre 1940, 5 ans après l'accident initial, réinfection syphilitique : *deux chancres de la racine de la verge* avec adénopathie typique et réactions sérologiques fortement positives. Ce malade est remis au traitement arséno-bismuthique qui rend négatives les réactions sérologiques dès la première série. Traitement régulièrement suivi pendant 5 ans jusqu'en janvier 1945 avec sérologie constamment négative.

En mai 1946, 3e accident primaire, *chancre de la face supérieure du gland* dont la cicatrice est encore visible. La sérologie est totalement positive à nouveau. Reprise d'un traitement arséno-bismuthique qui rend négatives les réactions de déviation, mais laisse positives les réactions de floculation. L'examen général ne décèle aucun stigmate viscéral.

En mars 1947, 15 jours après la fin d'une série de 12 bismuth lipo-solubles le malade est contaminé pour la 4e fois et présente 1 mois plus tard des *chancres typiques du sillon balano-préputial et du gland* en un point différent de l'accident antérieur, avec adénopathie typique, ultra + et sérologie à nouveau totalement positive. On remet le malade au traitement arséno-bismuthique qui cicatrise rapidement les lésions.

Ces diverses circonstances de l'observation ont pu permettre d'affirmer chaque fois qu'il ne s'est jamais agi ni de chancres redux, ni d'accidents tertiaires chancriformes.

Cette observation montre :

— d'une part, la sensibilité toujours très grande à la cure arséno-bismuthique des 4 syphilis contractées par notre malade, à part l'avant-dernière qui s'annonce, du point de vue sérologique, plus tenace ;

— d'autre part, le fléchissement total de toute immunité dès que le traitement a ramené les réactions sérologiques vers la même partiellement.

Enfin, elle remet en lumière le fait qu'une série de bismuth liposoluble aux doses courantes terminée quinze jours auparavant n'est pas un écran protecteur contre l'infection syphilitique et que nos cures habituelles ne réalisent pas toujours la métallo-prévention de la syphilis.

Récidive d'érythrodermie arsenicale par l'emploi d'un vin tonique, par MM. F. Coste et B. Piguet.

Il s'agit d'un malade de 52 ans, qui a contracté la syphilis à 16 ans.

La maladie, ignorée jusque-là, se révèle à 51 ans par l'apparition de gommes osseuses au frontal et au pariétal et l'examen complet montre un tabès avec sérologie positive dans le sang et le liquide céphalo-rachidien.

Le malade mis au traitement arséno-bismuthique fait une érythrodermie œdémato-vésiculeuse à la premièe dose de 0,75 de la deuxième série. Il guérit en 2 mois avec persistance de quelques éléments d'eczéma au genou et au pied gauche, ainsi qu'au scrotum.

Pendant sa convalescence, il absorbe à la dose de 2 cuillerées à soupe par jour, un vin tonique contenant 0 gr 20 de méthylarsinate de soude par litre. La quantité totale ingérée s'élève à 1/2 litre environ soit 0 gr. 10 de méthylarsinate. Au 15e jour de sa cure tonifiante le malade refait une érythrodermie généralisée sur laquelle la pénicilline à dose de 400.000 U. quotidiennes pendant 10 jours et le B. A. L. à dose de 1 cm³ 75 pendant 8 jours ne semblent pas avoir d'action.

Récemment (19 mai) comme il fallait s'y attendre chez ce malade dont l'érythrodermie n'est pas totalement guérie, les cuti-épidermo et intradermo-réactions au 1/100e au vin incriminé et au novar sont encore négatives.

Cette observation est à rapprocher de celle de Garnier, rapportée ici-même en novembre 1942 : sa malade fit une première récidive d'érythrodermie arsénobenzolique après absorption de 2 cuillerées à soupe d'un vin tonique puis une seconde après ingestion d'un antiseptique intestinal contenant 0 gr. 50 o/o de stovarsol.

Cela montre à nouveau le danger des arsenicaux organiques même non cycliques après une érythrodermie arsénobenzolique et l'opportunuité d'en prévenir les malades qui usent de préparations toniques.

COMMUNICATIONS

Contribution à l'étude du cytodiagnostic immédiat en dermatologie, par MM. A. Tzanck et Bourgeois.

La communication paraîtra *in extenso* dans les *Annales de dermatologie.*

Les tests épi-cutanés en dermatologie. Leur utilité dans la médecine du travail, par Ch. Flandin et A. Rabeau.

L'intéressante communication de M. Tzanck à la dernière séance de notre Société nous incite à déposer le tirage à part du rapport que nous avons présenté aux deuxièmes journées internationales de pathologie et d'organisation du travail en mai 1939. Ce mémoire trop court à notre gré, mais abondamment illustré, a pu passer inaperçu du fait des « circonstances ». Il montre l'importance des tests épicutanés en médecine du travail et leur valeur. Nous insistions sur les détails techniques de leur pratique, sur les difficultés matérielles de leur réalisation du fait des conditions du travail de la variabilité des substances utilisées dans un même métier, de la modification de leur état au cours du travail. Nous signalions (p. 252) que certains tests n'ont pu être positifs qu'avec la substance appliquée sur un carré de tissu imbibé de sueur.

Il faut une grande pratique de ces tests pour savoir en varier avec ingéniosité les techniques, en interpréter utilement les résultats, une grande patience pour les renouveler souvent dans des conditions différentes.

Les exemples les plus démonstratifs, pour nous, dans ce sens ont été ceux des « intolérances de groupe » aux anesthésiques locaux synthétiques et aux teintures à base d'aniline (Flandin, Rabeau et Ukrainczyk, 1936) et celui des dermites des blanchisseurs, 1939, lessive et chlore. Nous avons pu ainsi rattacher à leur cause souvent insoupçonnée, nombre de dermites mal classées.

Erythrodermie arsenicale tardive chez un malade traité par novar, pénicilline, bismuth, par MM. Charles Flandin, François Flandin, Jean Rivron.

Nous présentons une observation d'*érythrodermie* provoquée par une posologie *arsenicale à doses massives*, dont la pénicilline n'a pas empêché l'apparition.

M. F..., âgé de 40 ans, a un chancre syphilitique du gland en avril 1946.
Le traitement — fait en Province — est commencé fin mai. Wassermann négatif.
Il a reçu 6 gr. 50 de novar selon le rythme suivant :
0 gr. 65, puis 0 gr. 90 trois fois, le tout en 4 jours. Repos 3 jours ;
0 gr. 45, puis 0 gr. 90 trois fois, toujours à 24 heures d'intervalle. Repos 3 jours.
Pendant ces 12 jours, il a reçu également 12 Muthanol à raison de 1 par jour.
Du 13e au 20e jour on lui fait 2.100.000 U. de pénicilline à raison de 300.000 par 24 heures.
A cette date, début de juin, le Wassermann est positif.
Après 15 jours de repos, vers le 20 juin, on lui injecte 3 novar à 0 gr. 90 à 24 heures d'intervalle, en même temps que 3 Quinby.
C'est alors qu'apparaît une *polynévrite* des quatre membres à point de départ distal puis extension aux jambes et aux avant-bras. Le traitement est arrêté.
Mais survient un *eczéma* des creux poplités, de la face interne des cuisses, du pubis, des plis des coudes.
Guérison apparente au début de septembre.
Reprise de l'eczéma, accompagné alors d'un prurit généralisé 15 jours après, résistant à toute thérapeutique.
Le 15 octobre, on commence une série de bismuth (15 Muthanol et 5 Néocardyl) à raison de 2 piqûres par semaine.
L'eczéma, localisé à l'avant-bras gauche, au cou, à la fesse gauche, s'étend progressivement malgré une thérapeutique désensibilisante (Emjé, Hyposulfène, Bromical intraveineux).
Le 25 décembre apparaît un *érythème généralisé*, vésiculeux sur les jambes et les bras, peu prurigineux, avec œdème des jambes et des bras.
Le 29 décembre, il reçoit un Bromical intramusculaire et le 31 il est hospitalisé à Saint-Louis pour *érythrodermie*, abcès de la cuisse gauche, fièvre à 39°.
A l'entrée, le Wassermann est négatif.
On fait 4 fois 1 centimètre cube de Pyo-Vachydun, on incise l'abcès, la fièvre tombe.
L'érythrodermie persiste vésiculo-œdémateuse, généralisée, intense.
On fait 2.500.000 U. de pénicilline en 10 jours et le malade part en convalescence le 16 janvier 1947, guéri, ayant perdu 20 kilogrammes.
Nous l'avons revu fin avril.
Il avait repris son poids habituel.

Seules séquelles : temps de coagulation de 12'30'' et pelade du cuir chevelu en 3 aires de grande surface.
Les tests épicutanés et palpébraux pratiqués par le Dr Rabeau sont fortement positifs à l'arsenic, à l'arsenic seulement. Le malade a été mis au Quinby, selon la posologie classique.
Cette observation d'*érythrodermie arsenicale* montre que si la pénicilline en a peut-être retardé l'apparition elle ne l'a pas empêchée. Par contre, elle paraît avoir eu une action évidente contre les complications infectieuses.

A propos de la radiothérapie des verrues plantaires, par M. P. Cottenot.

A la dernière séance de notre société MM. Gougerot et Jean Meyer ont attiré l'attention sur des accidents de radiodermites consécutifs au traitement de verrues plantaires par les rayons X et ayant donné lieu à des poursuites judiciaires.
En décembre 1946, MM. Dufour et Grenot ont fait une communication sur le même sujet à la Société d'Électro-Radiologie du Centre. Ils ont noté que sur 20 sinistres causés par la Roentgenthérapie pendant l'année dernière, 7 sont dus au traitement de verrues plantaires.

Quand on examine les observations rapportées par MM. Gougerot et Jean Mayer on voit que les accidents sont dus à des fautes très lourdes de technique, marquant une ignorance totale des données de la radiothérapie cutanée.

La plupart des patients ont été soumis à la roentgenthérapie pénétrante à haut voltage. Celle-ci est destinée à faire absorber de fortes doses de rayonnement aux tissus profonds. C'est exactement le contraire qui doit être recherché dans la radiothérapie des verrues en employant un rayonnement de faible voltage qui s'amortit rapidement dans les couches superficielles des téguments.

Dans les autres observations c'est une autre faute qui a été commise : l'irradiation a frappé la peau saine voisine par suite de l'inexistence ou de l'insuffisance de la localisation. Or la dose nécessaire pour détruire la verrue est bien supérieure à la dose tolérable pour la peau normale, et il est cependant bien facile de protéger celle-ci par un cache de plomb découvrant juste la verrue.

Une radiothérapie superficielle correctement appliquée ne comporte aucun risque d'accident. J'ai retrouvé, rien que dans ma clientèle de ville, 360 observations de verrues plantaires traitées sans le moindre incident.

Il arrivait dans quelques cas que la dose donnée était insuffisante en raison de la grande épaisseur de la couche cornée. C'est pourquoi j'emploie depuis deux ans une technique particulière qui élimine cette variable. Sur la verrue bien circonscrite par un cache de leucoplaste je fais appliquer chaque jour une pommade salicylée au tiers recouverte de leucoplaste; au bout de 5 jours la couche cornée est complètement ramollie, je l'enlève à la curette et j'irradie directement la couche papillaire mise à nu, la verrue étant soigneusement délimitée par un cache de plomb. Le rayonnement correspond à 100 kilovolts, avec un filtre de 1/10e de millimètre d'aluminium. La dose est de 1.000 r (12 H). Cette dose relativement faible s'est toujours montrée suffisante dans ces conditions d'application. Ce traitement a l'avantage d'être complètement indolore; en général, même les douleurs ont déjà disparu quand on fait l'irradiation.

La température cutanée dans les dermatoses, par MM. Jean Meyer et Bonnan.

Nous donnons ici le compte rendu d'un millier de mesures, qui seront détaillées dans la thèse de l'un de nous.

L'appareillage est celui de Saidman : couple thermo-électrique nickel-constantan, connecté avec un voltmètre. La source froide consiste en un bloc de cuivre qui prend rapidement la température ambiante, mesurée au moyen d'un thermomètre ordinaire. La sensibilité atteint le dixième de degré.

On observe entre deux points très voisins des différences physiologiques de plusieurs dixièmes de degré. Des variations de cet ordre se produisent également au même point en quelques minutes. Il importe donc de multiplier les mesures, et d'établir à chaque instant une comparaison avec les régions voisines et avec les parties symétriques du corps. Les différences notées au cours des dermatoses varient entre quelques dixièmes de degré et 4 degrés. On ne peut tenir compte d'une faible différence que si on la retrouve au cours d'une série de mesures concordantes.

I. — Augmentation de la température cutanée :

Angiomes. — L'élévation, de l'ordre de 1° dans les formes planes et tubéreuses, atteint jusque 4° dans les formes sous-cutanées. On ne peut pas en préjuger d'après les caractères apparents : gros troncs vasculaires visibles, volume, surface de la masse, teinte plus ou moins érythémateuse ou cyanique. Il semble que la température dépende essentiellement de la circulation artérielle profonde, dont il n'existe aucun autre critère.

Les traitements sclérosants, radio ou radiumthérapie, injections interstitielles, neige carbonique, abaissent certainement la température, mais sans la ramener à la normale. Elle reste un peu élevée, même après guérison apparente, sauf dans les formes les plus superficielles.

Eczéma et dermites inflammatoires. — Hyperthermie allant de 1 à 3° environ, en concordance avec les apparences cliniques.

Érythèmes divers, érythèmes noueux : 0,2 à 0°8.

Parmi les autres dermatoses, signalons les *mélanoses type Riehl* (environ 0°5).

II. — Diminution de la température cutanée :

Pelades 0,2 à 1°8. La repousse débutante concorde avec le retour à la température normale.

Psoriasis 0,2 à 2°. L'hypothermie est fonction de la kératose. Un décapage soigneux, laissant une tache rouge sans squames, tend à ramener la température cutanée à la normale.

Engelures et *séquelles de froidures* : 0,4 à 1°2.

Lupus pernio 0,2 à 1°8.

Signalons un parapsoriasis réticulé : 0,4, un granulosis rubra nasi : 0°6.

III. — Température soit accrue, soit diminuée :

Lupus tuberculeux. — La température tend à s'élever dans les formes évolutives, à s'abaisser dans les formes cicatricielles. L'évolution thérapeutique se fait vers l'abaissement. Il débute parfois avant l'amélioration clinique apparente, au cours de la cure de Charpy. Il peut y avoir là un élément pronostique intéressant.

Lupus érythémateux. — Élévation au niveau des plages œdémato-érythémateuses; abaissement sur les placards d'hyperkératose. Les placards atrophiques ont une température variable, imprévisible.

Sclérodermie. — Élévation légère sur le « lilac ring », abaissement sur le centre scléreux.

Conclusion. — La température cutanée varie selon divers facteurs :

L'apport circulatoire sanguin, essentiellement fonction de la circulation artérielle dermique, apport accru dans les réactions inflammatoires, et dans les angiomes, réduit dans les scléroses.

L'écran établi par des tissus vasculaires, œdème et surtout kératose (psoriasis, cônes cornés du lupus érythémateux, etc.) qui abaisse la température de l'épiderme.

On constate que l'atrophie dermique ne correspond pas à une variation de direction constante. Il est probable que les autres facteurs ont une influence plus grande.

Il est enfin possible que la température épidermique varie avec le refroidissement provoqué par la perspiration insensible et par la transpiration, mais ce facteur n'est pas déterminé.

Il en résulte que la mesure de la température épidermique donne des renseignements propres, imprévisibles de par l'examen clinique habituel, sur la circulation cutanée profonde. Ses variations peuvent précéder les modifications apparentes de certaines dermatoses, au cours de leur traitement. Il y a là un élément intéressant de diagnostic et de pronostic.

ÉLECTIONS

Sont nommés membres correspondants étrangers :

Portugal : MM. les Drs M. Caeiro Carrasso, A. Neves Sampaio, O. Meneres Sampaio.

Turquie : M. le Pr Burhan Ulus, M. le Dr Sami Suner.

Le Secrétaire de séance :
Ét. Lortat-Jacob.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

SÉANCE DU 12 JUIN 1947

Présidence de M. Ch. Flandin.

SOMMAIRE

PRÉSENTATION DE MALADES

Nouvelle observation d'allergide dermique nodulaire et annulaire. Résorption après biopsie, par MM. H. Gougerot, Duperrat et J.-J. Meyer.

Cette malade est un nouveau cas de cette dermatose dont nous vous avons présenté plusieurs exemples (1). Elle ajoute un fait très intéressant : la résorption après biopsie non seulement de l'élément biopsié, mais aussi de l'élément à distance par un mécanisme mystérieux déjà observé dans le granulome annulaire qui est aussi une allergide.

Mlle L..., n° 149.100, 19 ans, employée, a vu apparaître brusquement en un jour, au début de février 1947, à droite et à gauche, les deux lésions actuelles : l'une, à la face interne et postérieure du genou droit ; l'autre, à la face externe du genou gauche. Depuis janvier 1947, elle a commencé à maigrir et à se sentir fatiguée, au point qu'elle a dû arrêter son travail depuis une quinzaine de jours avant l'apparition des deux lésions cutanées.

La lésion débutante est un nodule dermique de 5 millimètres ; ce nodule s'étend rapidement pour atteindre, en quatre jours environ, les dimensions qu'il conserve depuis trois mois.

Au genou droit, la lésion ovalaire à grand axe horizontal a 34 millimètres × 17 millimètres ; à gauche, 18 millimètres × 12 millimètres.

Le 5 mai, les deux lésions, sauf la différence de dimensions, sont identiques et se décomposent en 4 zones concentriques :

1° Zone centrale pâle ;

2° Zone cyanotique contrastant avec le centre blanc jaunâtre ;

3° Bourrelet en couronne donnant à la lésion ces caractères, constitué par trois segments séparés les uns des autres par deux et trois millimètres ; chaque segment est fait de papules de 3 à 5 millimètres de diamètre serrées les unes contre les autres, comme les « perles d'un collier » ; le tout est de coloration rouge jaunâtre de dureté ligneuse : à la vitro-pression qui chasse la rougeur, les papules apparaissent jaune pâle ; indolores normalement, la vitro-pression provoque une certaine sensibilité ;

4° En dehors de ce bourrelet existe une quatrième et dernière zone de simple érythème de 3 à 4 millimètres de largeur s'estompant sur la peau saine.

L'examen viscéral ne montre rien de net : radiographie pulmonaire et thoracique normale ; intradermo-réaction à la tuberculine négative.

Histologie (Biopsie du genou droit). Au faible grossissement, on voit de nombreux infiltrats en îlots disséminés s'étendant depuis l'épiderme jusqu'à l'hypoderme. Ces infiltrats semblent dessiner le trajet des vaisseaux et sont nettement distincts les uns des autres.

Au fort grossissement, on note la nature lymphoplasmocytaire de ces nappes. Le capillaire central est atteint d'une tuméfaction de l'endothélium et il existe parfois une ébauche d'une nécrose fibrinoïde Il contient de nombreux polynucléaires. On note de plus dans le tissu collagène qui sépare les nappes inflammatoires plusieurs zones de nécrose fibrinoïde

Cette coupe se différencie de nos observations précédentes d'allergides : 1° par le degré moindre de nécrose fibrinoïde du périthélium ; 2° par le moindre nombre des polynucléaires ; 3° par la densité et l'importance des infiltrats à lymphocytes. Il s'agit probablement de différences dues à des stades évolutifs.

Évolution. — Trois jours après la biopsie pratiquée le 9 mai 1947, donc le 12 mai, on observe une régression évidente des deux lésions : à droite affaissement total du bourrelet avec quelques papules minuscules à peine perceptibles à la palpation, disséminées sur un fond rouge violacé ; à gauche, même régression avec papulettes de 2 à 3 millimètres. Cette régression a été remarquablement rapide ; elle se poursuit les

(1) Groupement pathogénique des allergides cutanées. *Soc. Dermat.*, 9 mai 1946, n° 9, p. 459 et *Académie de Médecine*, 28 novembre 1946, p. 634.

Allergides cutanées papuleuses et nodulaires (avec Carteaud et Duperrat). *Soc. Dermat.*, 9 mai 1946, p. 460.

Nouvelle observation d'allergides nodulaires dermiques papuleuses et annulaires (avec Duperrat et Jean-Jacques Meyer). *Soc. Dermat.*, 14 novembre 1946, n° 11, p. 670.

jours suivants et le 16 mai, par conséquent une semaine après la biopsie, il ne reste plus rien de visible, ni de palpable, à peine une légère cyanose à la place de la biopsie. Revue le 1er juin, la malade n'a plus de lésion décelable et l'on ne voit plus que la petite cicatrice de la biopsie ; une nouvelle intradermo-réaction à la tuberculine pratiquée avec la dose forte de 4 dixièmes de centimètre cube de tuberculine à 1 o/oo reste encore négative

Hyperkeratosis follicularis et para-follicularis in cutem penetrans de Kyrle, par MM. H. Gougerot, B. Duperrat, M. de Sablet et Vissian.

Cette malade pose le problème de la maladie de Kyrle.

La malade, n° 149.060, 46 ans, a vu ses lésions débuter en 1938, D'abord localisées aux malléoles, elles ont envahi progressivement le dos des pieds, les jambes et la moitié inférieure des cuisses, sans symptômes généraux, sans douleur ; elles n'ont pas inquiété la malade qui n'a suivi aucun traitement.

Deux antécédents importants sont à retenir : 1° une salpingo-ovarite qui, peut-être était gonococcique, opérée en 1932, et suivie, en 1935, d'une hystérectomie totale ; 2° mauvais état général depuis 1940, dû aux privations alimentaires, surtout en viande et en matières grasses, infligées par l'époque actuelle à une ouvrière pauvre ; depuis février 1947, elle se sent de plus en plus fatiguée, elle a maigri de 7 kilogrammes en six semaines ; mais l'examen viscéral ne révèle rien de net ; elle n'a pas de fièvre.

Le 3 mai 1947, *l'examen clinique* montre de nombreuses lésions kératosiques de 2 à 10 millimètres de diamètre sur les deux membres inférieurs jusqu'à mi-cuisse, mais *respectant la plante des pieds.*

Sur les jambes, les éléments, petits et grands, sont recouverts de saillies cornées irrégulières, parfois acuminées, rarement coniques, dépassant le plan cutané de 2 à 10 millimètres. L'ablation de cette kératose à la curette montre une dépression sèche, peu profonde, sans érosion, sans suintement de sérosité, ni de pus. L'épiderme sec montre souvent deux ou trois feuillets micacés ; une fois ces feuillets enlevés, on découvre une dépression minime, sèche, sans suintement, laissant transparaître le derme rosé.

Sur les cuisses, des lésions plus petites de 1 à 3 millimètres, non croûteuses, ont l'aspect de pustulettes minuscules et semblent être le stade initial des lésions. Mais il ne s'agit pas de pustulettes, car l'ablation de l'épiderme superficiel découvre, là encore, un fond épidermique sec, sans pus.

Les intradermo-réactions streptococcique et staphylococcique sont négatives.

Intradermo-réaction à la tuberculine à 1 o/oo fortement positive : nodule de 20 millimètres, auréole de 50 millimètres. Radiographie pulmonaire normale.

Examen oculaire normal avec acuité visuelle de 10/10 ; pas d'avitaminose A.

L'épreuve de charge à l'acide ascorbique par absorption buccale de 300 milligrammes par jour, pendant trois jours, montre avant la charge 11 milligrammes, après les trois jours de charge 57 milligrammes.

Gono-réaction : H6 (donc douteuse).

Numération globulaire : G. R. 3.500.000, G. B. 4.000, P. N. 54, P. E. 4, P. B. 0, G. M. 13, M. M. 12, L. 17.

Sédimentation : après 1 heure, 3 ; après 2 heures, 7 ; après 24 heures, 78.

Histologie. — L'ensemble de la lésion dessine une sorte de capsule remplie par des strates orthokératosiques disposées « en piles de soucoupes ». Dans la cupule, l'épiderme est fort aminci. Il repose sur un infiltrat inflammatoire compact, lympho-histiocytaire, à l'exclusion de tout polynucléaire. Cet infiltrat s'accompagne d'œdème interstitiel et de béance des capillaires.

Évolution. — Les cornes cornées étant arrachées à la curette, elles se reforment lentement.

L'*étiologie* et la *pathogénie* de cette kératose reste mystérieuse : il n'y a aucune preuve d'avitaminose. L'aspect non croûteux, l'intégrité des plantes et des paumes ne sont pas en faveur d'une kératose gonococcique. La gono-réaction douteuse à H6 ne permet pas de trancher et le délai de six ans entre l'opération de la salpingite et le début des lésions cutanées est plutôt un argument contre la gonococcie.

Il semble donc bien, comme nous l'a indiqué notre ami A. Touraine, qu'il

s'agisse d'une maladie de Kyrle avec cependant des différences histologiques entre notre cas et la description si précise de Stephan Robert Brünauer de Vienne dans son article du tome VIII/2 du traité Jadassohn (p. 178, fig. 26, biopsie de la lésion récente p. 180, fig. 27; biopsie de la lésion à la période d'état, p. 181).

En effet, dans la description de Kyrle, l'orthokératose est multistratifiée et adhérente à la couche granuleuse, tandis que dans notre cas l'orthokératose stratifiée en pile de soucoupe adhère peu à la granuleuse, d'où la facilité de la décrustation des cornes cutanées.

Dans Kyrle l'épiderme est épaissi avec des noyaux ronds de grande taille tandis que dans notre cas l'épiderme est aminci et les noyaux ronds de grande taille sont inconstants.

Dans Kyrle, l'infiltrat inflammatoire dermique descend assez profondément le long des coulées vasculaires, tandis que dans notre cas l'infiltrat inflammatoire dermique reste superficiel.

Dans Kyrle, cet infiltrat est lymphocytaire avec parfois des cellules épithélioïdes et des cellules géantes par corps étranger, tandis que dans notre cas cet infiltrat est lymphohistiocytaire.

Erythème polymorphe en cocardes à centre nécrotique. Discussion du mécanisme post-traumatique, par MM. H. Gougerot, Duperrat et F. Pelbois.

Ce malade est intéressant à deux points de vue : 1° Il est un nouvel exemple d'un érythème polymorphe en cocardes à centre nécrotique, dont nous avons montré une observation à une précédente séance; 2° Il a succédé à une plaie d'un doigt (accident du travail). Il pose donc le problème obscur de l'origine post-traumatique d'un érythème polymorphe.

Le n° 148.822, ouvrier ferrailleur, 57 ans, entre, le 20 mai 1947, pour une éruption d'érythème polymorphe en cocardes typiques, ayant débuté brusquement, affirme-t-il, le 14 mai 1947, sans phénomènes généraux, sans fièvre, sans arthropathie, d'emblée généralisé succédant à un accident du travail survenu le 10 mai 1947, donc quatre jours auparavant. De fait, dès son entrée, le 20 mai, il existe encore une plaie infectée de la dernière phalange de l'auriculaire droit.

C'est un érythème polymorphe typique à cocardes isolées ou confluentes des membres, avant-bras et partie inférieure des bras, cuisses et genoux. Les cocardes sont isolées ou confluentes, notamment à l'avant-bras et aux cuisses ; presque toutes sont centrées par une nécrose de 1 à 3 millimètres, jaune ou jaune brunâtre.

Pas de symptômes généraux infectieux ; léger prurit, pas d'énanthème.

L'évolution a été rapide ; les éléments apparus en une seule poussée ont augmenté jusqu'au septième jour, puis ont régressé du dixième au quatorzième jour ; les croûtelles centrales nécrotiques étant les dernières à disparaître.

Les recherches étiologiques restent négatives; pas d'antécédents ne's héréditaires ou personnels; viscères normaux; intradermo-réaction à la tuberculine négative.

Blanchiment de pemphigus et de dermatites polymorphes douloureuses de Brocq-Duhring par abcès spontané ou provoqué, par MM. H. Gougerot et Vissian.

Les résultats des traitements des pemphigus et des dermatites douloureuses de Brocq-Dühring sont inconstants et décevants : le moranyl nous semble d'ordinaire le plus actif, à condition d'atteindre les hautes doses totales de 12 à 15 grammes, comme nous l'avons souligné ici même. Mais que d'inégalités.... C'est ainsi que Mme W..., n° 137.032, atteinte de pemphigus végétant, que nous avons présentée plusieurs fois, guérit, à chaque poussée, et assez rapidement, par le moranyl, alors que deux des trois malades que nous vous montrons aujourd'hui, atteintes elles aussi

de pemphigus végétant, n'ont été que partiellement améliorées et non guéries par le moranyl.

Le hasard a réuni, en même temps, trois malades rebelles au moranyl, quoique améliorées par lui. L'une souffrant de dermatites polymorphes douloureuses de Brocq-Dühring a fait un abcès spontané, à la suite d'une injection de moranyl, et a blanchi. L'un de nous avait déjà noté le fait, mais isolément et n'osait pas conclure; or, le contraste a été si saisissant chez cette malade que nous avons fait, chez les deux malades atteintes de pemphigus végétant, l'abcès thérapeutique, dit de fixation, par injection sous-cutanée de 1 centimètre cube de térébenthine. Les résultats heureux immédiats nous incitent à vous les présenter, afin que vous vérifiez vous-mêmes. Ces deux malades frappées de pemphigus végétant ont été rapidement blanchies mais, quelques jours plus tard, elles font une récidive de petits placards végétants qui repoussent sur les grands placards blanchis. Ce traitement douloureux, étant sans danger, nous allons le recommencer.

Observation I. — *Dermatite polymorphe.* — N° 148.180, 68 ans. Depuis novembre 1944, cette malade souffre de dermatite polymorphe douloureuse de Brocq-Dühring de la peau et des muqueuses annoncée par du prurit, mais la plupart des bulles apparaissent sur peau saine.

La biopsie du 21 mars 1947 a confirmé la dermatite polymorphe douloureuse de Brocq-Dühring. L'état général est affecté et elle a maigri de 7 kilogrammes.

Depuis son entrée dans le Service, le 8 mars 1947 au 2 mai 1947, elle a reçu 10 gr. 50 de moranyl, la cure étant interrompue par la formation d'un abcès. Pendant cette cure et malgré une dose déjà assez forte, la température oscille entre 37°6 et 38°6, parfois 39°5 et les bulles se répètent irrégulièrement mais innombrables.

L'abcès survenu le 3 mai fait monter la fièvre à 39°5, puis 39°2, puis incisé, la fièvre tombe à 36°6 et 37°6 et, depuis lors, n'a plus reparu. Les bulles ont complètement disparu, sauf le 20 mai, une bulle unique. L'état général s'améliore nettement et le contraste est saisissant avant et après cet abcès survenu au lieu d'une piqûre de moranyl.

Obs. II. — *Pemphigus végétant blanchi par un abcès de fixation, mais récidive locale.* — Cette malade, n° 146.979, 44 ans, est atteinte de pemphigus végétant depuis décembre 1942 de la peau des muqueuses buccales et génitales, disséminé, intense avec mauvais état général. La biopsie, faite par Civatte, a confirmé :

D'innombrables traitements ont été tentés qui tous ont donné des améliorations passagères sans même la blanchir : bismuth en 1943 ; moranyl en 1943 (dose non marquée), calcium en 1944 ; xylol, arsenicaux en 1945, etc.... Pendant ses différents séjours à la Clinique de Saint-Louis, elle a reçu, en juin-juillet 1946, 12 gr. 50 de moranyl ; en août-septembre 1946, calcium, peptones, adrénaline, ergotine, etc....

Du 8 mars au 21 mai 1945, on a associé 14 gr. 50 de moranyl, transfusions sanguines, fer à hautes doses, xylol, etc... sans obtenir le blanchiment.

On a injecté, le 14 mai, 1 centimètre cube de térébenthine, l'abcès est incisé le 28 mai : très rapidement les lésions blanchissent et l'état général semble s'améliorer ; mais depuis le 7 juin de petits placards de 10 à 20 millimètres récidivent dans les grands placards « blanchis » et pigmentés. L'action de l'abcès n'a donc été que transitoire.

Obs. III. — *Pemphigus végétant blanchi par l'abcès de fixation.* — Cette malade, n° 147.841, 40 ans, est atteinte de pemphigus végétant typique, depuis 1942, le début ayant été lingual, puis les lésions se sont disséminées intenses sur tout le corps. Elle a subi des traitements différents : arsenic, pénicilline, etc.... Depuis son entrée à la Clinique de Saint-Louis, elle a reçu du 5 octobre 1946 au 6 juin 1947, 15 gr. 50 de moranyl associé à du chlorure de calcium, ergotine, adrénaline, pénicilline, stérandryl ; 11 tartro-bismuthate de sodium (natrol brésilien) du 10 janvier au 27 février 1947 ; 15 injections de sérum de convalescent de pemphigus végétant du 18 mars au 1er avril ; 13 transfusions sanguines du 10 mars au 28 mai associées à des injections de Bévitine ; 2e cure de moranyl du 2 mars au 2 juin atteignant 11 gr. 50, etc.... Tous ces traitements améliorent mais ne blanchissent pas les lésions et n'empêchent pas leur repullulation.

On injecte, le 3 juin, 1 centimètre cube de térébenthine, la température monte à 40° le 4 juin, redescend pour finir à 37°1 le 9 juin. Tous les placards sont rapidement blanchis, mais le 13 juin, donc en quelques jours, sur les placards blanchis (et pigmentés) récidivent de petites papules.

Zona intercostal grave guéri en quatre jours par la pénicilline, par M. Ch. Flandin.

Femme de 47 ans. Après une phase prodromique d'une semaine caractérisée par des douleurs à type de névralgie intercostale très vives, de la rachialgie, de la céphalée, de la fièvre s'élevant progressivement à 39°, apparaît dans la région sous-mammaire droite un zona confluent et d'emblée ecchymotique. La température monte à 40°.

La malade est mise à la pénicilline le mardi à 18 heures : 100.000 U. O. toutes les trois heures.

Après 12 heures de traitement, chute de la température qui redevient normale en 24 heures, diminution des douleurs qui ont disparu complètement le jeudi. L'éruption a cessé de se développer dès le 2e jour, a rétrocédé les deux jours suivants, était complètement terminée le 4e jour. Dose totale de pénicilline injectée : 3.200.000 U. O.

Cette observation clinique et thérapeutique méritait d'être notée.

Dermites par chenilles processionnaires du chêne, par MM. Touraine, Thomas et Caldéra.

Deux cas récents, le 20 mai, chez un bûcheron de 50 ans et son fils de 18, dans la forêt des Yvelines, au sud-ouest de Paris, un autre le 1er juin, chez une femme de 46 ans, dans la forêt de Chantilly, au nord de Paris, ont servi de point de départ à des recherches au cours desquelles, successivement, chacun de nous trois a présenté les mêmes lésions cutanées. Les trois premiers malades avaient manipulé pendant quelques instants un « nid » de ces chenilles ; l'un de nous fit une éruption sévère des avant-bras pour avoir seulement ouvert une boîte dans laquelle on lui avait adressé un de ces nids ; le second fit trois poussées, sur les avant-bras et le cou, chaque fois après avoir manipulé avec des gants ce nid pour faire des extraits de sa poussière ; le troisième fit une forte éruption sur les bras, la face, le cou, le tronc, les cuisses pour avoir été chercher de ces nids dans la forêt des Yvelines le 1er juin, en short et chemise ouverte ; il s'est, de plus, prêté comme volontaire aux tests épicutanés.

Ces nids, abondants cette année, sont accrochés au tronc des chênes ou sur les branches inférieures. Ils sont formés d'un feutrage noirâtre, assez lâche, sec, semé d'un grand nombre d'alvéoles, de débris de chrysalides, le tout imprégné largement d'une poussière noire. Seule la poussière, très légère, paraît avoir donné des accidents. 2 à 4 heures chez les uns, 10 à 12 heures chez les autres après le contact, un vif prurit pendant une heure environ a été suivi d'une éruption parfois intense (quelques centaines d'éléments), généralement papuleuse, rose, œdémateuse, très prurigineuse, identique à du prurigo simplex. Le sommet des papules, particulièrement prurigineux, souvent amputé par le grattage, renfermait souvent une minuscule gouttelette de sérosité. En certains secteurs, la peau s'est légèrement eczématisée. Dans les espaces interdigitaux, l'aspect était celui d'une vésicule perlée de gale, elle aussi fortement prurigineuse. L'éruption a persisté dans l'état pendant 3 à 4 jours, entretenue par quelques nouveaux éléments. Après ce temps, les éléments se sont affaissés et ont disparu en laissant une petite macule brunâtre pendant plusieurs jours. Il est arrivé, cependant, que quelques papules ou vésicules, isolées, se sont formées 5 et même 8 jours après le contact irritant.

La poussière de ces nids, s'est montrée, au microscope, fourmiller de poils chitineux de 150 à 300 µ de long, de 10 à 15 µ de large, en lances effilées dont une extrémité très acérée est lisse et piquante et l'autre extrémité pointue est munie de petites barbes. Le centre en est clair, semé de minuscules vacuoles. On y trouve aussi quelques soies, beaucoup plus longues, larges et rugueuses et des débris amorphes qui paraissent être des déjections. Ce sont, incontestablement, les poils chitineux qui sont l'origine de l'irritation cutanée, en s'implantant dans la peau.

Quelques chenilles, brun foncé, longues de 1 centimètre environ, très velues, trouvées à proximité immédiate des nids ont été cultivées et identifiées par M. Bourgogne, chef du laboratoire d'Entomologie au Museum. Il s'agit de la chenille processionnaire du chêne ou *Thaumetopœa processionea* qui présente ces poils chitineux sur deux bandes allongées, à sa face ventrale (miroirs).

Divers extraits ont été préparés et éprouvés en épidermo-réaction sur l'un de nous. La réaction a été nulle avec les extraits benzéniques et éthérés en milieu acide, faible (érythème peu prurigineux) avec les extraits en eau potassique et éthérés en milieu neutre, très forte (avec papules et vif prurit) avec l'extrait chloroformique. Il y a donc lieu de penser que la substance irritante n'appartient pas au groupe des acides organiques mais plutôt à celui de la cantharidine.

Dermatomyosite guérie par les injections d'huile iodée, par MM. R. Degos, E. Lortat-Jacob et A. Ryckwaert.

Nous avons présenté ce malade devant la Société à la séance du 11 juillet 1946 (*Bull. Soc. fr. de Dermat.*, septembre 1946, n° 9, p. 517). Nous vous le montrons à nouveau pour constater les heureux effets du traitement par les injections d'huile iodée.

Il a reçu une première cure de 20 injections de 2 centimètres cubes de lipiodol à 40 o/o, à raison de 3 par semaine, du 4 juin 1946 au 18 juillet 1946. Cette première cure avait déterminé une amélioration considérable du syndrome musculaire. L'extension active et passive des avant-bras, qui étaient en demi-flexion permanente depuis février 1946, peut être réalisée d'une façon presque complète. La marche est devenue possible, sans raideur. L'amyotrophie commence à s'effacer. Par contre, les lésions cutanées sont encore manifestes, quoique atténuées

Une deuxième cure de 19 injections de 2 centimètres cubes de lipiodol à 40 o/o est effectuée du 17 août au 2 octobre 1946. Les lésions cutanées s'effacent lentement sur le visage et les mains. L'œdème a disparu. Le malade reprend son travail.

Une troisième cure de 8 injections de 5 centimètres cubes de lipiodol à 40 o/o est pratiquée à la fin de 1946.

Nous revoyons le malade le 20 mai 1947. La guérison du syndrome musculaire, pratiquement disparu depuis octobre 1946, se maintient. La force musculaire est normale. Les mouvements des divers segments des membres inférieurs sont exécutés facilement et complètement. L'extension des avant-bras sur les bras est normale, bien qu'il existe, peut-être, une très légère résistance à l'extension complète du coude. Les lésions cutanées ne sont pas encore totalement disparues. Une très légère roseur se perçoit à la limite inférieure des paupières inférieures. Aux coudes, l'érythème est beaucoup plus net, un peu violacé, avec une tendance aux télangiectasies et un amincissement de la peau, sans qu'on puisse parler vraiment d'atrophie. Aux articulations métacarpo-phalangiennes, la peau n'a pas repris sa teinte tout à fait normale.

Nous ne pensons pas qu'on puisse invoquer une amélioration spontanée de l'affection. L'évolution allait en s'aggravant quand les injections d'huile iodée ont été entreprises et l'amélioration a été manifeste et rapide. Cette guérison apparente va-t-elle se maintenir ? S'agit-il d'une simple rémission dans l'évolution si variable de ces dermato-myosites ? L'avenir nous le dira, mais les effets immédiats et persistants de ce traitement iodé, que nous avions pratiqué après les résultats obtenus par Gadrat (de Toulouse) chez un malade atteint de poïkilodermatomyosite localisée, sont déjà assez remarquables pour justifier son essai dans des cas semblables.

CONFÉRENCE DU PROFESSEUR ARTZT

Ancien doyen et recteur de l'Université de Vienne.

Allocution aux membres de la Société française de Dermatologie.

M. le Président et cher Collègue, mes Chers Confrères,

Mon peu de connaissance de la langue française ne me permet pas, à mon grand regret, de vous adresser mes sincères remerciements dans cette belle langue. Si je me sers du latin, langue romane, à laquelle le français se rattache, et qui, depuis des siècles, est en usage dans le monde universitaire, je voudrais manifester, par là, l'union des peuples dans le domaine scientifique.

Honoratissime Praeses, Collegae venerabiles !

Tribuno Longuet populari vestro, maximas ago gratias, quod eo auctore hodie verba facere apud vos mihi licet. Qui tribunus Longuet, duos fere annos Vindobonæ moratus, se non solum amicissimum Austriæ, sed etiam efficassimum

fautorem scientiæ medicinæ in Austria doctæ præstitit. Postquam autem multas difficultates obstantes itineri superavit, iussu legati Cherriere, cui, quod præses « Crucis Rubræ » in Austria fueram, cognitus sum, ipse me comitatus est.

Summo autem afficior honore, quod societate Dermatologica Franco-Galliæ invitatus sum, quæ me invitans non memet ipsum, sed illam facultatem, cuius primus decanus patria liberata factus sum, et illam universitatem Viennensem, cui prorector nunc præsum, et doctrinam Austriæ unde prodii honorare cupiebat. Medici vero Viennenses semper fuere *medici Austriaci*, coniuncti ex multis decenniis cum artibus et litteris Franco-Galliæ.

Quisnam est, qui nesciat dermatologicos — inter eos multos Viennenses celebres — primum Parisios convenisse, brevi post Vindobonam ad communem laborem et opera communia.

Gustavus Riehl, a quo profectus sum, conexum cum Franco-Gallia plurimi faciebat, ipse insignibus Gallicis distinctus. Qui me triginta quinque annis ante, huc misit in hunc locum Sancti Ludovoci, ubi scientia dermatologica nata est. Ad meam partem magno cum gaudio reminiscor eorum dierum, quibus in clinica a me administrata interpretes scientiarum vestrarum, in his Professores Darier, Tzanck aliosque recepi, Budapestinum profectos ad ultimum internationalem congressum dermatologicum.

Vobis omnibus autem, quod me invitando Vindobonam caput Austriæ honoravistis, gratias agam pro cooperatione nationum nostrarum summa ope me nisurum esse pollicitus.

Traduction (M. G. Solente).

Très honoré Président, vénérés confrères,

J'adresse mes plus vifs remerciements à M. Longuet, de ce que, grâce à lui, je puis aujourd'hui prendre la parole parmi vous. M. Longuet, dans un séjour de près de deux ans à Vienne, s'est montré non seulement un très grand ami de l'Autriche, mais encore un très actif protecteur de la science médicale en Autriche. Après avoir surmonté les nombreuses difficultés qui s'opposaient à mon voyage, lui-même m'a accompagné sur invitation de M. Cherrière, dont j'étais connu en temps que président de la Croix-Rouge autrichienne.

C'est un très grand honneur pour moi d'avoir été invité par la Société française de Dermatologie. En m'invitant, elle a voulu honorer, non pas moi-même, mais la faculté dont je suis devenu le premier doyen à la libération de ma Patrie, l'Université de Vienne à laquelle je préside maintenant comme recteur, et la science autrichienne qui m'a formé.

Les médecins de Vienne ont toujours été des *médecins autrichiens*, en liaison depuis bien des années avec les arts et les lettres françaises. Qui ignore que des dermatologistes et, parmi eux, bien des viennois célèbres, après s'être réunis d'abord à Paris, se sont retrouvés à Vienne pour un labeur et des travaux communs ? Gustave Riehl, mon maître, attachait le plus grand prix aux relations avec la France et était lui-même distingué par de célèbres français. Il y a 35 ans, il m'envoya ici même à Saint-Louis, berceau de la science dermatologique. De mon côté, je me souviens avec grande joie de ces jours où, dans la clinique que je dirige, j'ai reçu les interprètes de votre science et, parmi eux, les maîtres Darier et Tzanck, se rendant à Budapest au dernier congrès dermatologique.

Mais pour vous qui, par votre invitation, avez honoré en ma personne Vienne, capitale de l'Autriche, je dois vous adresser, avec mes remerciements, la promesse de travailler de toute ma force à la coopération de nos deux nations.

Mycosis fongoïde (Alibert) et lymphogranulomatose (Paltauf-Sternberg), leur pathogénèse et leur diagnostic différentiel, par L. Arzt.

Au premier rang des affections cutanées dont le diagnostic et l'étude pathogénique offrent de grosses difficultés se trouvent sans doute celles qui se manifestent généralement sous la forme de tumeurs, en prenant ce terme dans son accep-

tion la plus large, et tout particulièrement celles qu'en raison de leur structure histologique, il faut nommer provisoirement tumeurs granulomateuses. Comme le nom l'indique elles se rapprochent des affections inflammatoires par leur forme granulomateuse, et des blastomes par leur caractère de tumeurs. Elles occupent donc une position intermédiaire entre les affections inflammatoires et les tumeurs, ce qui rend difficile dans certains cas spéciaux le diagnostic clinique et par suite un classement parmi les syndromes mieux connus. De cette singularité résulte que l'étude de ces processus ne concerne pas seulement le dermatologiste, mais aussi le pathologiste et ne saurait se passer du concours d'autres disciplines spéciales, notamment de l'hématologie. Les représentants principaux de ce groupe des tumeurs granulomateuses sont le mycosis fongoïde d'Alibert et la lymphogranulomatose de Paltauf-Sternberg (granulome de Hodgkin).

Le *mycosis fongoïde* d'Alibert a été essentiellement étudié par les cliniciens français Besnier, Doyon, Alibert, Bazin, Vidal, Brocq, Besnier et Hallopeau, etc... et c'est Nanta qui a fait rejeter la dénomination de *granulome fongoïde* proposée par Auspitz.

Les pathologistes Viennois, et principalement Paltauf, en collaboration avec les dermatologistes Riehl aîné, Zumbusch, Scherber, Arzt, etc... se sont spécialement intéressés à la pathogénèse de cette affection; leurs recherches ont abouti à la constatation suivante, qui marque un progrès décisif : le mycosis fongoïde n'est pas simplement une affection du tissu cutané, mais s'associe également, dans certains cas isolés, à des nodosités des organes internes : estomac, intestin, cœur, etc.... Par contre, l'étude de la *lymphogranulomatose* de Paltauf-Sternberg (granulome de Hodgkin) a pris une voie tout opposée. Elle fut étudiée de façon assez détaillée dans sa pathogénèse, par les pathologistes notamment par Paltauf et Sternberg, et il était réservé au dermatologiste viennois S. Gross (1906) d'y observer des modifications cutanées et par là de dresser le tableau des symptômes de la lymphogranulomatose cutanée, qui se révéla par la suite extrêmement diverse dans ses manifestations.

Je dois remercier chaleureusement les vieux maîtres de l'école parisienne, un Sabouraud, un Darier, un Brocq surtout de pouvoir aujourd'hui, en ce lieu historique, donner un exemple de cette collaboration féconde entre l'observation clinique et l'anatomie pathologique, et aussi entre les deux écoles de Paris et de Vienne, les premières dans cette spécialité depuis la naissance de la dermatologie. Auprès de ces maîtres parisiens il m'a été donné en 1912, lorsque mon inoubliable maître G. Riehl aîné m'envoya dans la capitale française d'achever ma formation de dermatologiste.

La question ci-dessus fut ouverte par une note du pathologiste Aschoff, qui, étudiant les modifications des organes internes dans le mycosis fongoïde, parle de formations tantôt mycosidiennes, tantôt sarcomateuses, en latin : *sarcomatodes*. Dans ce dernier cas, il s'agit pour Aschoff de proliférations d'apparence sarcomateuse semblables à des tumeurs : « Pour les distinguer des véritables sarcomes on peut, dit notre auteur, parler en pareil cas de mycosis fongoïde sarcomateux », en latin : *mycosis fungoïdes sarcomatodes*. Ces modifications organiques ne sont donc pas considérées comme de véritables tumeurs puisqu'il s'agit seulement de formations sarcomateuses apparemment autonomes évoluant à la manière d'une tumeur. Mais Aschoff, comme avant lui l'école française en créant les appellations de *diathèse lymphatique* (Gilot) et de *lymphadénie cutanée*, suggère également une relation avec l'appareill hémopoiétique. La liaison entre le mycosis fongoïde et la lymphogranulomatose est établie en de nombreux cas, grâce à l'étude clinique et surtout histologique, par l'apparition souvent abondante de cellules géantes à gros noyau ou noyau multiple qui rappellent les cellules géantes de Sternberg observées dans le lymphogranulome. Nous nous trouvons donc en face de deux problèmes :

1° Le mycosis fongoïde avec formation de nodosités dans les organes internes produit-il des granulomes ou de véritables tumeurs ?

2° Quelles sont dans ces cas les relations réciproques du mycosis fongoïde et de la lymphogranulomatose, l'interprétation de ces relations se traduisant pratiquement dans l'établissement de leur diagnostic différentiel réciproque.

En nous appuyant sur un matériel d'observations choisi, à vrai dire peu abondant, mais riche sur ce point en indications intéressantes du point de vue de l'étude clinique et histologique, nous tenterons d'amorcer une solution, ne fut-elle que partielle.

Nous rendrons compte tout d'abord d'un cas typique (M. F.) de mycosis fongoïde cutané avec nodosité ulcéreuse qui révéla à l'autopsie, avec une netteté exceptionnelle, la formation de nodosités cardiaques. Un deuxième cas (J. M.) également avec apparition de nodosités cutanées aboutit à des phénomènes pulmonaires que la radioscopie, vu le diagnostic dermatologique, permit d'interpréter comme une nodosité résultant du mycosis fongoïde.

Puis, accompagné également de nodosités cutanées, s'est présenté un troisième cas (E. L.) où les ulcères principalement localisés dans la région faciale, étaient l'aboutissement de tumeurs. Dans les organes internes (pancréas, estomac, duodénum), se trouvaient de nombreuses nodosités qui se révélèrent des tumeurs du genre lymphosarcome.

Un quatrième cas (B. E.) n'a manifesté jusqu'ici, du vivant du patient, que des phénomènes cutanés, formations eczémateuses et tumeurs multiples, avec absence presque totale de gonflement des ganglions. Malgré une étude histologique approfondie, il ne faut point se hâter de trancher *ante mortem* entre un mycosis fongoïde, comme les résultats de l'étude histologique et la forme eczémateuse initiale le laissent supposer et, d'autre part, un lymphogranulome.

Un cinquième cas (M. A.) qui s'est également déroulé avec des phénomènes cutanés divers où prédominaient les formations ulcériformes et qui, de même que le cas n° 1, présentait des nodosités cardiaques, est apparu à l'autopsie comme un lymphogranulome.

Sur la base de ces cinq observations, il s'agit à présent de répondre aux deux questions formulées au début de notre étude. La deuxième question qui doit être résolue en premier lieu, celle des rapports entre la lymphogranulomatose et le mycosis fongoïde avec nodosité dans les organes internes, celle en somme de la différenciatoin des deux affections, a déjà été abordée par Nanta. D'après Paltauf, le lymphogranulome est une affection granulomateuse du *textus lymphaticus;* il s'agit donc de constater les lésions du tissu lymphatique, c'est-à-dire d'un système organique, conception confirmée dans le cas n° 5 par les résultats de l'autopsie. Vu la difficulté d'interpréter les résultats d'une étude histologique portant exclusivement sur la peau, il est indispensable dans ces cas ambigus d'examiner si possible l'ensemble du système lymphatique, en fait les ganglions lymphatiques. Ainsi, le diagnostic se trouvera fondé non seulement sur les altérations du tissu cutané, mais aussi sur celles de l'ensemble du système lymphatique, surtout lorsque ces altérations ne se bornent point à une région localisée. Des analyses morphologiques répétées du sang permettront, si les résultats sont négatifs, de distinguer éventuellement dans chaque cas particulier le syndrome observé de celui de la leucémie.

Notre première question, quelle est la nature du mycosis fongoïde ? est-ce un granulome ou un véritable blastome ? se posera surtout quand il ne s'agit pas simplement de phénomènes cutanés, mais aussi de nodosités dans les organes internes, dans le cœur (cas n° 1), dans le poumon (cas n° 2), dans l'intestin et le pancréas (cas n° 3).

Paltauf fut le premier à faire l'étude critique des nodosités mycosidiennes des organes internes et il parvient à la conclusion qu'elles ne présentent *jamais* la structure histologique typique du mycosis fongoïde, mais constituent généralement un amas serré de cellules qui rappelle le lymphosarcome. D'autre part, selon Herxheimer et Martin, il n'est plus possible de contester l'apparition dans les organes internes de véritables nodosités mycosidiennes ne présentant pas la structure lympho-sarcomateuse. Pour citer nos propres observations, le cas n° 1 (nodosités cardiaques) et n° 2 (nodosités pulmonaires) sont une preuve de plus à l'appui de cette thèse. D'autre part, cependant, d'après nos observations personnelles,

il faut reconnaître également, sinon toujours, du moins dans bien des cas, le bien-fondé de la théorie de Paltauf attribuant aux nodosités des organes internes une structure histologique différente de celle des nodosités cutanées. C'est ce que montre le cas n° 3 (nodosités de l'intestin et du pancréas). Le Pr Chiari, spécialiste d'anatomie pathologique, interprète les nodosités des organes internes comme des lymphoblastomes, c'est-à-dire comme de véritables tumeurs. Cette conception se justifie par leur caractère de prolifération sarcomateuse autonome, caractère d'une véritable tumeur, mais qui oppose totalement leur structure histologique à celle des nodosités cutanées provoquées par le mycosis fongoïde.

L'étude de ce cas établit sans doute que de véritables sarcomes peuvent également apparaître dans les organes sous l'effet du mycosis fongoïde, et justifie donc, par analogie avec de nombreux cas de lymphogranulome, en latin : *Granuloma malignum sarcomatosum*, le terme de mycosis fongoïde sarcomateux, en latin : *Mycosis fongoïdes sarcomatosa*. La question reste ouverte de savoir si, selon l'expression d'Aschoff « de véritables sarcomes peuvent naître de semblables proliférations de cellules, c'est-à-dire du tissu mycosidien ». Car il y a deux manières possibles d'interpréter en dernière analyse le cas n° 3 et d'autres cas analogues. Ou bien il ne s'agit pas de mycosis fongoïde, mais de lymphosarcome cutané accompagné de nodosités semblables des organes internes, ou bien il pourrait y avoir *coïncidence* de mycosis fongoïde de la peau et de lymphosarcome du pancréas, c'est-à-dire de deux affections différentes absolument indépendantes l'une de l'autre, hypothèse hautement invraisemblable, je dirai même pure fiction. Il reste comme troisième possibilité que le lymphosarcome du pancréas, par analogie avec un cas signalé par Zumbusch, s'explique par la transformation du tissu mycosidien cutané en nodosités multiples donnant l'apparence absolue d'un lymphosarcome, alors que le mycosis cutané évoluerait en sarcome. Qu'une telle transformation soit possible, le cas signalé par Pautrier, Belot, Fernet et Delort tendrait à le prouver. Faut-il considérer les nodosités du pancréas comme des métastases ou comme le résultat de l'évolution sarcomateuse d'une formation mycosidienne préalablement apparue dans le pancréas, c'est une question que nous n'avons pas le droit de décider absolument.

On peut, pour nous résumer, donner les réponses suivantes aux deux questions mentionnées au début de cette étude :

1° *Rapports réciproques et diagnostic différentiel du mycosis fongoïde et de la lymphogranulomatose.*

Le diagnostic de la lymphogranulomatose, considérée comme affection du tissu lymphatique, repose sur l'examen de l'ensemble du système lymphatique, et notamment sur l'étude histologique des ganglions lymphatiques (cas n° 5).

2° *S'agit-il de granulome ou de blastome dans le cas d'un mycosis fongoïde avec nodosités des organes internes ?*

a) Lorsque les nodosités de la peau et des organes présentent la même structure mycosoïde, nous sommes en présence d'un *mycosis fongoïde* : voir les cas 1, 2, 3 et peut-être 4.

b) Lorsque nous constatons dans les nodosités des organes internes l'existence d'une néoformation sarcomateuse autonome nettement différente des altérations histologiques des nodosités cutanées, nous sommes en présence d'un mycosis fongoïde sarcomateux, en latin : *mycosis fongoïdes sarcomatosa*, et par conséquent, d'un blastome.

Cet exposé s'accompagnait de belles projections des altérations mentionnées.

COMMUNICATIONS

Mélanose de Riehl, par MM. A. Tzanck, E. Sidi et S. Dobkevitch.

Vous avez pu voir dans le Musée un cas tout à fait typique de « Mélanose de Riehl ».

Ce cas s'ajoute à tous ceux que nous avons déjà rapportés ici-même.

Comme toujours, la guérison a été obtenue par la seule suppression des produits de beauté en cause qui, dans le cas particulier, étaient de la poudre de riz.

Signalons que l'érythème et les démangeaisons si fréquentes en pareil cas, au début du moins, ont disparu dès la suppression de la poudre de riz. Les tests pratiqués ont tous été négatifs, sauf à la poudre.

Si nous revenons sur ce cas, c'est parce que, loin d'être une exception, les faits que nous rapportons ici sont la règle.

Dans tous les cas que nous avons suivis, la guérison a été obtenue en quelques mois. Dans le cas présent, elle a été particulièrement rapide; dans d'autres cas, il nous a fallu attendre 5 à 6 mois.

Nulle autre médication endocrinienne, digestive ou autre ne s'est montrée efficace si elle ne s'accompagnait pas de la suppression du réactogène en cause.

Cette signification réactionnelle avait déjà été entrevue par bien des auteurs pour certains cas, et notamment par Milian. Hoffmann et Habermann opposaient même à la mélanose de Riehl les « toxidermies pigmentaires ».

En réalité, le problème est dans les deux cas le même, à ce détail près que, pour les huiles, (pour les tourneurs d'obus), l'étiologie est manifeste, alors que pour la mélanose de Riehl elle passe inaperçue.

C'est en raison de cette incertitude que, selon les auteurs, on a invoqué les pathogénies les plus diverses qui, en tout état de cause, représentent tout au plus des facteurs adjuvants.

Peut-être ces troubles digestifs, endocriniens carentiels favorisent-ils la pigmentation chez certains sujets alors que d'autres n'en font point. Mais pour obtenir la guérison, la correction de ces causes n'est pas suffisante, et de plus, la pratique des tests nous apporte dans un très grand nombre de cas la preuve de la nature réactionnelle de cette affection.

Ce que nous disons là, nous pourrions le redire pour la pigmentation péribuccale de Brocq. Nous le redirons trait pour trait pour la poïkylodermie réticulée, type Civatte, qui n'a pas plus d'individualité nosologique que la « mélanose de Riehl ».

Il s'agit dans tous ces cas de réactions cutanées, c'est-à-dire d'intolérance.

Nous avons tenu à revenir sur ces faits pour deux raisons : l'une théorique, l'autre pratique.

Théoriquement, cette conception de pigmentations réactionnelles réunit une foule d'états que séparent uniquement des nuances morphologiques, nous débarrassant ainsi d'un certain nombre de « maladies » autonomes qui encombrent inutilement la dermatologie. Qu'il me suffise de dire, que récemment j'ai pu lire dans Perini à côté de la maladie de Civatte, la mention des « états civattoïdes ».

Pratiquement, il n'est pas sans intérêt pour le malade de discerner, grâce à la méthode des tests, parmi les produits dont il se sert, celui qui lui est particulièrement nocif.

J'ajouterai enfin, que du point de vue pratique, cette publication est de nature à freiner quelques excès chirurgicaux, notamment les interventions de thyro, thymo, parathyroïdectomies préconisées tout récemment par Costantini pour le traitement de « mélanoses de Riehl » qui eussent probablement guéri par la seule suppression de la poudre de riz nocive.

Mélanose de Riehl en Argentine. Salut de la Société argentine de Dermatologie à la Société française de Dermatologie, par M. Alejandro Cordero (Argentine).

Pendant l'année 1937, nous avons montré avec Pierini, à la Société Argentine tine de Dermatologie, les premiers malades atteints de mélanose de Riehl. Après nous, les observations se sont multipliées, et les mélanoses de ce type sont très fréquentes en Argentine.

Pierini a beaucoup travaillé ce sujet sur lequel il a fait en 1938 une publication dans les *Annales de Dermatologie*, et a aussi publié un livre très complet.

Nos malades présentent le même aspect clinique que ceux qu'aujourd'hui nous a montrés M. Tzanck. Dans tous les cas, les premiers symptômes sont : le prurit et l'érythème, et ensuite la pigmentation brun noirâtre ou presque chocolat se développe.

Dans notre pays, la cause la plus fréquente et presque unique de cette pigmentation est la poudre; spécialement celles de couleur ocre et rachel, et presque toutes proviennent du même fabriquant.

Les « patch test » avec la poudre, nous ont donné un résultat positif, dans presque 70 o/o des cas.

Nous croyons que les colorants et les parfums con'enus dans la poudre sont les facteurs qui déterminent cette mélanose. La photosensibilisation joue un rôle très important.

L'épreuve de la cessation de l'usage des poudres confirme nos idées en guérissant nos malades : le prurit cesse immédiatement et la pigmentation disparaît en six ou huit mois.

Je suis très heureux, et je remercie M. le président, et mon ami M. Tzanck de l'occasion qu'ils m'ont donnée de dire quelques mots dans cette séance.

Comme Secrétaire général de la Société Argentine de Dermatologie, je suis porteur d'un salut cordial et fraternel des dermatologistes argentins à leurs confrères français.

Granulome annulaire à localisations exceptionnelles. Reproduction par l'intradermo-réaction à la tuberculine, par MM. Touraine et Horowitz.

Homme de 58 ans, équarisseur. Début, il y a deux mois, sur le pouce gauche par un élément qui s'est étendu lentement et circulairement au point d'atteindre un diamètre de 3 centimètres. Aujourd'hui, éléments caractéristiques de granulome annulaire, en papules ou en couronnes, sur la face dorsale des *deux mains* (13 à droite, 12 à gauche), dont certains empiètent sur les espaces interdigitaux. Depuis 3 semaines environ, éruption d'éléments identiques, au nombre de 7 à 8 sur chacune des *régions mastoïdiennes* ou un peu en arrière, de 8 sur la *nuque* débordant franchement sur le cuir chevelu, de 3 ou 4 sur le rebord libre postérieur de chaque *oreille*. Sujet robuste, sans autre anomalie qu'une synovite crépitante de la face antérieure du poignet droit étendant jusqu'à l'auriculaire et que le malade attribue à un traumatisme subi il y a quelques années.

La cuti-réaction à la tuberculine, dans la région deltoïdienne, est négative. L'intradermo-réaction, à l'avant-bras gauche, est faiblement positive ; pratiquée à la nuque au voisinage d'un élément de granulome, elle est fortement positive et se transforme, en 8 jours, en une papule ferme, absolument identique à une lésion élémentaire de granulome annulaire.

Trichoclasie en larges plaques après « défrisable » à froid, par MM. Touraine et Gallerand.

En une semaine, l'un de nous a observé trois cas de ce grave incident de la mode récente de « désondulation » artificielle de cheveux frisés. En voici, pris pour type, un exemple que nous avons étudié à Saint-Louis.

Une femme de 42 ans se fait teindre les cheveux depuis plusieurs années. Elle décide de faire « désonduler » ses cheveux, normalement frisés, sur une longueur de 10 à 12 centimètres. Son coiffeur emploie un produit très connu par sa vaste publicité, qui consiste à dékératiniser les cheveux par une solution de thio-glycocolate d'ammoniaque et d'arrêter l'action de ce produit, quand l'effet d'étirement désiré est obtenu, par un acide faible (variable selon l'état des cheveux). L'étirement fut rendu stable par la compression, pendant 40 minutes, avec un bonnet sur le crâne. Ici, le défrisage fut obtenu à souhait ; mais 3 ou 4 jours plus tard, les cheveux se cassèrent à 1 centimètre environ du cuir chevelu et tombèrent en longues et fortes mèches, à la surface de deux vastes placards, l'un à la partie postérieure du vertex, l'autre sur le sommet du crâne, chacun d'un diamètre de 10 à 12 centimètres. Les fragments de cheveux qui subsistent sont solidement implantés ; leur racine est saine mais la surface de section est effilochée en balai. Épars, sur les autres régions du cuir chevelu, on trouve d'assez nombreux cheveux à cassure identique au milieu de cheveux normaux. Il n'existe pas de trichorrhexie noueuse ni d'autres anomalies capillaires.

Au sujet des ondulations à froid, par M. H. Rabeau.

Ces ondulations sont réalisées à l'aide de produits organiques soufrés : solutions de thioglycolate d'ammonium (titrant de 2 à 8 o/o). Après application de la solution sur les cheveux pendant un temps variable, suivant la nature des cheveux, on neutralise l'effet par un liquide acide et oxydant. Les chimistes expliquent l'action de ces thioglycolates par une modification de la structure moléculaire du cheveu comme de la kératine de la peau. La liaison des atomes de soufre dans le cheveu serait modifiée par le thioglycolate et rétablie par la solution neutralisante. La grande utilisation de ces produits en Amérique depuis des années démontre que le pourcentage d'accidents est faible.

Chez les coiffeurs, nous avons observé des dermites allant de la rougeur de la face des mains, qui est luisante, lisse avec cuissons, brûlures, crevasses, quelquefois en bordure, des bulles pouvant s'injecter. Seulement les surfaces en contact étaient atteintes. Nous avons observé des lésions plus intenses chez les hommes que chez les femmes, parce qu'ils faisaient plus d'applications chaque jour. Rarement des dermites eczématiformes. Les altérations des ongles sont fréquentes. Ils deviennent mous, puis leur extrémité libre se relève, et l'ongle présente une courbure à concavité supérieure dans le sens de la longueur.

Une coiffeuse s'est plainte de troubles généraux, céphalée, prurit généralisé, persistant 2 semaines après la cessation du travail. Aucune de nos recherches ne nous a permis d'affirmer qu'il s'agissait d'intolérance générale de cette substance. Néanmoins l'odeur du produit incommode certains clients qui se plaignent de céphalées passagères.

Chez les femmes ainsi coiffées, nous avons observé seulement deux fois une dermite eczématiforme assez limitée en bordure du cuir chevelu, ressemblant à une dermite par teinture, mais d'évolution plus rapide vers la guérison. Les tests à la para étaient négatifs. Nous pensons qu'il y avait eu faute dans l'application.

L'action nocive sur les cheveux dépend pour une large part du mode d'application. L'appréciation de la durée du contact de la solution reste délicate. Elle varie beaucoup avec les préparations différentes, elle varie surtout avec la qualité des cheveux.

L'action peut être seulement fragilisante, il peut y avoir des altérations plus marquées, cheveux cassés à quelques centimètres du cuir chevelu sur une certaine surface, mèches comme coupées plus loin. Cela peut s'expliquer par une pénétration plus intense de la solution dans le cheveu à la partie déclive du bigoudi, ou par suite d'une neutralisation imparfaite. Sabouraud écrivait que les réducteurs énergiques et les oxydants peuvent produire ces trichoclasies. Ces 2 substances peuvent donc jouer le rôle dans ces altérations du cheveu.

Chez les coiffeurs atteints de dermites, les tests ne sont pas constants.

Il faut tenir compte des impuretés de fabrication. On se sert pour la préparation de thioglycolate de sulfure de sodium et il est fréquent que des traces de Fe colorent les solutions.

M. Charonnat, que nous tenons à remercier ici, a bien voulu nous remettre des thioglycolates plus ou moins purifiés.

Des tests épicutanés nous ont montré le rôle de l'impureté (photo Musée, n° 29.241). Goodman avait signalé que la peau une fois ainsi atteinte ne tolérait plus des substances auparavant inoffensives.

Sulzberge avait constaté chez un malade un test légèrement positif au thioglycolate, et un test fortement positif à une teinture bien supportée auparavant.

Nos observations confirment ces faits, et pour plusieurs ouvriers coiffeurs ayant fait pendant quelques mois des permanentes à froid, il n'a plus été possible par la suite de supporter des teintures qu'ils manipulaient avant (photo Musée, n° 29.251).

Les facteurs : concentration de la solution et thioglycolate, impureté de la solution, durée d'application, neutralisation incorrecte, interviennent à des degrés variables dans le mécanisme de ces dermites.

L'atteinte de la structure moléculaire de la peau nous paraît très importante, puisqu'elle peut permettre la pénétration plus facile des substances auxquelles le malade pourra, de ce fait, se sensibiliser plus rapidement.

C'est donc surtout du point de vue professionnel que l'étude de ces substances est intéressante, puisqu'elles peuvent modifier dans l'avenir le comportement de l'ouvrier dans son métier.

Corne cutanée chez un enfant de 3 ans, par M. Touraine.

Garçon de 3 ans. A l'âge de 1 an, petite pyodermite sur le bord cubinal de la main droite, près du poignet, qui suppure très légèrement pendant quelques semaines puis devient végétante. En quelques mois, formation d'une corne cutanée qui s'est déjà détachée à deux reprises pour se reconstituer lentement.

Aujourd'hui, corne cutanée, haute de 8 millimètres, à base d'implantation circulaire d'environ 1 centimètre, reposant sur un ourlet charnu, ferme, de 12 millimètres de diamètre, faisant corps avec le derme, mobile sur les plans sous-jacents. Aspect typique de la corne cutanée rangée parmi les épithéliomas spino-cellulaires par Darier, très différent de celui de la corne cutanée variété du nævus hyperkératosique. Pas d'adénopathie. Bel enfant. Aucune autre anomalie. Destruction par l'électro-coagulation.

Incidence de la législation de 1946 sur la fréquence des maladies vénériennes dans les dispensaires hospitaliers de Paris, par M. Touraine.

Grâce à l'obligeance de mes collègues et de leurs assistantes sociales, j'ai pu totaliser, mois par mois, les nombres des maladies vénériennes d'acquisition récente soignées dans les principaux dispensaires des hôpitaux de l'Assistance publique du 1er janvier 1946 au 1er avril 1947.

Blennorragie récente : Chez l'homme (6.681 cas) : état stationnaire de janvier à avril 1946 (381 à 406 cas par mois) ; poussée de mai à octobre (de 511 à 601 cas par mois), retour aux chiffres antérieurs depuis novembre (362 à 424 cas). Donc, augmentation de 24 o/o pour le trimestre mai-juillet, de 42 o/o pour le trimestre août-octobre. *Chez la femme* (1.244 cas) : état stationnaire toute l'année (50 à 80 cas par mois), sauf en avril et mai (101, 111 cas) et en septembre-octobre (114, 111 cas).

Syphilis primo-secondaire récente. Chez l'homme (1.986 cas) : état stationnaire de janvier à juillet (98 à 125 cas), poussée de août à janvier 1947 (152 à 173 cas), diminution nette en février et mars (134 et 134 cas). Donc augmentation de 40 o/o pour le trimestre août-octobre, de 45 o/o pour le trimestre novembre-janvier. *Chez la femme* (1.395 cas), état stationnaire toute l'année (83 à 118 cas par mois, avec moyenne de 90 cas).

En résumé : poussée nette (de 24, puis 42 o/o) de la blennorragie, chez l'homme seulement, de mai à décembre 1946, avec diminution à partir de septembre; poussée nette (de 40, puis 45 o/o) de la syphilis récente, chez l'homme seulement, à

partir de juillet jusqu'en janvier, diminution depuis février mais tracé encore nettement plus élevé qu'au début de 1946.

Donc, poussées importantes des maladies vénériennes, dès le mois de mai pour la blennorragie (mais passagère et terminée en décembre), à partir de juillet pour la syphilis (mais durable et ne commençant à diminuer qu'en février 1947).

Il semble donc que ces deux recrudescences n'aient pas suivi les fermetures successives des maisons de tolérance (très partielle le 17 janvier 1946, complétée les 23 septembre et 7 octobre 1946). Par contre, c'est la suppression brusque de la surveillance médicale officielle de la prostitution, le 13 avril, qui a été suivie immédiatement d'une poussée de la blennorragie et, comme il est normal, trois mois plus tard d'une poussée de la syphilis. On sait en effet que les prostituées ont alors cessé, de manière massive, de se présenter à la visite à partir du 13 avril; elles n'en ont, pour une bonne part, repris le chemin, volontairement, qu'à partir de septembre-octobre 1946; c'est à partir de ce moment que la blennorragie a décru très notablement et la syphilis a cessé de s'accroître.

Poïkilodermatomyosite, par le Dr Charles (Brest) (présenté par M. Robert Rabut). Examen neurologique pratiqué par le Dr Coulonjou.

Le début de l'affection que présente la petite L..., âgée aujourd'hui de 13 ans remonte au mois de février 1944.

La maladie a commencé par une fatigabilité à l'effort et par l'apparition sur les joues et les paupières de plaques érythémateuses, type « coups de soleil » sans œdème, sans prurit. Ces rougeurs s'accentuent au froid. On ne retrouve dans les antécédents immédiats qu'une colibacillurie avec cystite.

Parallèlement au syndrome dermatologique s'est installé un syndrome neurologique qui tend vers une impotence fonctionnelle presque totale de certains groupes musculaires en particulier des membres qui restent dans une position de demi-flexion. Une P. L. faite le 11 juin 1944 pour le diagnostic de cette myopathie aurait fait disparaître complètement en 48 heures les placards érythémateux qui deux mois plus tard (en août 1944) reviennent avec plus d'intensité au niveau du front, des paupières, du nez, des oreilles, du cou, des coudes, des genoux et des faces dorsales des doigts, toujours sans œdème et sans prurit. Puis l'état de la peau serait resté stationnaire, alors qu'en mars 1945, les muscles avaient repris une part importante de leur force.

En mars 1945, chute des cheveux, avec repousse excessivement lente et au bout de 12 mois, la chevelure est encore peu fournie. En décembre 1945, apparaît un prurit du cuir chevelu et c'est à cette époque que le premier examen dermatologique a été pratiqué. Le diagnostic porté aurait été celui d'érythème centrifuge. Il est impossible de dire si à un moment quelconque de l'évolution il y a eu ou non des papules.

L'évolution du syndrome dermatologique se poursuit. Notons en passant qu'une radiographie des articulations a été faite en juin 1944 qui ne décèle aucune anomalie. Les plaques érythémateuses (toujours d'après la mère) deviennent très squameuses et lorsque les squames cessent de tomber ces plaques rouges deviennent d'un marron plus ou moins foncé et au bout d'un certain temps (3-4 semaines) reprennent leur coloration « coup de soleil », le prurit du cuir chevelu va en s'accentuant et donne lieu le soir en particulier, à de véritables crises.

L'examen que nous avons pratiqué le 17 septembre 1946 montre :

Sur la figure : les joues, front, nez, paupières, oreilles ont une couleur bigarrée marron foncé. Squames abondantes au grattage. Persistance de la pigmentation à la vitro-pression. En aucun endroit on ne décèle de papules ;

Sur le cou et la poitrine : réticulum marbré avec par endroits une coloration rosée. Ici peu de squames. Pas de papules.

A cette date, on ne note rien aux mains, aux coudes ni aux genoux.

A signaler cependant une certaine asymétrie faciale qui remonterait à août 1946.

Nous avons fait pratiquer divers examens :

Calcémie : normale ; radio-articulations : R. A. S. ; formule sanguine : normale, sauf 12 éosinophiles o/o ; cuti-réaction : négative. Il n'a pas été pratiqué de biopsie. Pas de M. B.

Les muscles ayant repris leur jeu normal, il n'a pas été fait de biopsie musculaire.

A signaler chez cette petite, des antécédents familiaux chargés du point de vue bacillaire : père décédé à 44 ans, tuberculeux ; grand'mère décédée à 38 ans, tuberculeuse ; une tante décédée à 54 ans, tuberculeuse. Mais la petite n'a jamais présenté

d'accidents bacillaires, sa cuti est négative et à part cette colibacillose dont nous avons déjà parlé, aucun fait saillant à signaler.

Le traitement mis en œuvre a été :
- Acide phosphorique sous forme de phosoforme ;
- Opothérapie : sur. 0,15 ; 60.0.10 ;
- Lipiodol ;
- Vitaminothérapie PP en port.

Comme prévu, il n'a apporté aucune amélioration de la peau et il est même apparu récemment de nouvelles plaques érythémateuses et squameuses au niveau des faces internes des cuisses sur lesquelles nous avons fait un essai de neige carbonique. Mais dès la fin de l'hiver ces plaques ont disparu spontanément.

Ce qui frappe actuellement chez cette petite et qui n'existait pas lors du premier examen, c'est un amincissement du nez, l'apparition sur le front de traînées blanches sur le fond marron, un aspect effilé des doigts qui tendraient à faire envisager une évolution vers une sclérodermie.

Cependant le contexte clinique, l'évolution, l'association du syndrome musculaire permet, semble-t-il, de porter le diagnostic de poïkilodermatomyosite.

L'intérêt de cette malade semble venir :

a) de l'âge : début de la maladie à 10 ans;

b) de l'évolution de la maladie : alors que le pronostic est des plus graves chez les sujets jeunes, nous avons vu chez cette malade, les phénomènes musculaires disparaître très rapidement et permettre à cette petite une activité normale. Il reste évidemment la question de la poïkilodermie, nos moyens d'action sur l'état de la peau se révélant précaires il est difficile de penser que cryothérapie iodée, ionisation iodée puissent amener une disparition des pigmentations. Actuellement le traitement prescrit est : vitamines C à hautes doses et lipiodol intramusculaire.

Etude histologique, par M. Duperrat.

En surface : orthokératose irrégulière avec quelques bouchons cornés ; amincissement de l'épiderme ; la basale est le siège des lésions principales : profondément remaniée par un infiltrat lymphocytaire et histiocytaire qui l'envahit et la disloque et s'accompagne de petites lacunes d'exosérose.

Le derme papillaire est le siège d'un œdème diffus et d'importantes lésions capillaires caractérisées par des infiltrats périvasculaires et par turgescence de l'endothélium qui bombe dans la lumière.

Commentaire, par M. R. Rabut.

Le début par plaques érythémateuses de la face et notamment des paupières et la raideur en demi-flexion des membres avec fonte musculaire permettent sans doute le diagnostic porté. Mais le cas du Dr Charles s'éloigne par certains points de la description de Petges. Tout d'abord, dans l'évolution régressive : 1° du point de vue cutané : disparition pendant 2 mois de tous les phénomènes cutanés, disparition définitive depuis un an de certains placards; 2° du point de vue musculaire : *restitutio ad integrum*, en quelques mois, qui s'oppose à l'évolution inexorable de Petges. Dans les signes subjectifs, l'intensité anormale du prurit au cuir chevelu. Dans les signes objectifs : il existe des zones télangiectasiques et d'autres pigmentées, mais pas de réticulum ni d'aspect vraiment bigarré. Une desquamation brunâtre périodique, rend à nouveau, simplement érythémateux, les placards pigmentés. Il existe des signes nets de sclérodermie : aspect effilé du nez, des oreilles, des doigts. Sous la peau amincie du front apparaît saillant un lacis veineux. Enfin, il est apparu récemment sur le thorax un placard sclérodermique en pèlerine. Ces phénomènes sclérodermiques ont été sans doute signalés par Petges qui écrit notamment : « poïkilodermie et sclérodermie s'intriquent ». Mais étant donné que télangiectasies et pigmentation font partie du tableau normal de la sclérodermie, on est en droit de se demander si l'on ne peut considérer la poïkilodermie comme une variété de sclérodermie. Ceci est conforme à l'idée récemment émise par Lapière à propos des parapsoriasis, que la poïkilodermie est un symptôme qui peut s'observer dans divers syndromes.

Encéphalopathie arsenicale mortelle, essai tardif de traitement au B. A. L., par MM. André Pecker, F. Siguier et R. Périer.

Il s'agit d'une femme d'une trentaine d'années, Mme G..., qui présenta un chancre de la grande lèvre droite avec adénopathie et Bordet-Wassermann fortement positif fin décembre 1946. Elle fait une fausse couche spontanée de 2 mois environ à ce moment ; mise au traitement antisyphilitique par un confrère de ville, elle reçoit 3 injections de Bivatol par semaine et des injections intraveineuses de Véryl les jours intercalaires. En janvier 1947, elle contamine un ami pour lequel un laboratoire fait le 7 février une recherche de tréponème sur l'ulcération génitale, un Bordet-Wassermann, une réaction de Hecht, de Meinicke et de Kahn ; tous ces examens sont négatifs. Cet ami la met enceinte fin février ; le diagnostic de syphilis n'ayant été précisé chez lui que fin mars.

A cette époque Mme G... est négativée. Elle vient consulter le 28 avril ayant terminé depuis quelques jours sa série de 24 injections de Bivatol et 12 de Véryl, parce qu'elle désire vivement conduire sa grossesse à terme, bien que, paraît-il, il lui aurait été conseillé de l'interrompre. Sa sérologie est normale, son poids est de 52 kilogrammes (elle n'a ni sucre, ni albumine dans les urines, la réaction de Hay est négative). Cependant comme il n'est pas exclu qu'elle puisse avoir été surinfectée par son ami, la malade est mise au novar. Le lendemain de la 4e injection qui est de 0 gr. 75 (une semaine après la 1re injection de 0 gr. 30), Mme G..., aurait eu, à plusieurs reprises, des vomissements. Le surlendemain, elle est fatiguée, a encore quelques vomissements et vers le soir (48 heures après l'injection) elle se plaint de violents maux de tête. Ce n'est que 12 heures plus tard que nous sommes informés par son ami de son transport d'urgence à l'hôpital.

Là commence un périple mouvementé dû à l'état comateux de la malade, et au manque d'anamnèse. Elle est d'abord, vu son état de grossesse, dirigée sur la maternité, d'où en l'absence d'albumine dans les urines, le diagnostic d'éclampsie écarté, on la dirige sur la clinique de neurologie ; de là, elle est mise en observation dans le pavillon d'isolement où nous la récupérons vers 13 heures.

A ce moment, on se trouve en présence d'une malade dans un état de torpeur profonde, immobile, à sensibilité émoussée, mais réagissant néanmoins au pincement. Les réflexes tendineux sont conservés, ainsi que les cutanés abdominaux ; les cutanés plantaires se font en extension. Raideur de la nuque. Les membres sont contracturés : les supérieurs en flexion, les inférieurs en extension. On arrive facilement à vaincre la contracture, mais on détermine ainsi des crises épileptiformes généralisées, qui d'ailleurs surviennent aussi spontanément. Troubles vaso-moteurs et sudoraux importants ; pas de troubles sphinctériens. La malade est un peu dyspnéique, la face est cyanosée et infiltrée Les pupilles en myosis réagissent ; le fond d'œil est normal. T. A. 9-6. Pouls petit, régulier, mal frappé. Pas de vomissement, pas de diarrhée. Le foie ne semble pas augmenté de volume. Urée sanguine 0 gr. 25. Température 37°2.

Une ponction lombaire pratiquée immédiatement, montre un liquide clair, hypertendu, quelques rares hématies, 3 éléments, 1 gr. 20 d'albumine. Les crises épileptiformes semblent atténuées après la ponction. On fait une injection intraveineuse de 10 centimètres cubes de sulfate de magnésie à 20 o/o et une injection intramusculaire de 1 milligramme d'adrénaline d'abord toutes les heures puis toutes les 4 heures. Un goutte à goutte glucosé est institué. La formule sanguine est la suivante : Hématies : 3.150.000 ; Hémoglobine : 65 o/o ; Valeur globulaire : 1 ; Leucocytes : 12.200 ; Polynucléaires neutrophiles : 72 o/o ; Basophile : 0 ; Éosinophile : 0 ; Grands mononucléaires : 8 o/o ; Moyens mononucléaires : 12 o/o ; Lymphocytes : 8 o/o ; Érythroblastes : 1 o/o ; Plaquettes sanguines : 230.000.

La première injection intramusculaire de 1 cm^3 5 de la solution huileuse à 10 o/o de B. A. L. est faite à 16 h. 30, c'est-à-dire 72 heures après l'injection de 0 gr. 75 de novar et près de 18 heures après le début de l'obnubilation de la malade, constatée par l'entourage. Les injections de B. A. L sont d'abord renouvelées 4 fois à 4 heures d'intervalle. Une 2e ponction lombaire est faite vers 17 heures. Liquide xantochromique non hypertendu. Albumine 1 gr. 04, sucre 1 gramme. Pandy +, Weichbrot + Bordet-Wassermann négatif, Takata négatif. Benjoin 2222222222 00000.

Le lendemain, la malade dont l'état ne s'est nullement amélioré a une température à 40°. On commence alors les injections intramusculaires de pénicilline à raison de 40.000 U. toutes les 3 heures, et l'on pratique également 2 injections intramusculaires dans la journée d'acide para-aminobenzoïque, et 2 nouvelles injections de B. A. L. à 8 heures d'intervalle. La malade meurt dans la nuit, 36 heures après son entrée à l'hôpital.

Cette observation nous a semblé intéressante à rapporter, non seulement parce

qu'elle prouve une fois de plus, que le tableau clinique de l'encéphalopathie arsenicale peut, en l'absence d'anamnèse tromper les cliniciens les plus avertis, mais surtout parce qu'elle semble indiquer la nécessité d'un traitement précoce au B. A. L. et peut-être d'une posologie différente de celle que nous avons utilisée et qui est légèrement supérieure à celle préconisée par la littérature accompagnant l'échantillon de B. A. L. qui nous fut fourni (1). Enfin, le contrôle anatomo-pathologique n'ayant pu être effectué et malgré les résultats des examens du liquide céphalo-rachidien, il nous est difficile de discuter la participation possible de la syphilis à cette évolution.

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

Compte rendu financier pour 1946

par le Dr Robert Rabut, Trésorier.

I. — Société

Recettes :	
Reliquat au 1er janvier 1946	232.662,63
Cotisations	65.240,00
Subventions ministérielles	20.000,00
Agios banque (moins frais divers)	180,45
Portefeuille	4.172,50
Total	322.255,58
Dépenses :	
Librairie Masson	31.826,00
Revision liste correspondants étrangers	600,00
Étrennes bibliothèque	1.400,00
Réception médecins étrangers	7.692,00
Papeterie correspondance	778,00
Prix (Molinedo-Gouin)	10.000,00
Total	52.296,00
A reporter au 1er janvier 1947	269.959,58

II. — Roussille

Recettes :	
Reliquat au 1er janvier 1946	29.035,30
Portefeuille	806,25
Versements (3 années)	6.000,00
Total	35.841,55
Dépenses : néant.	
A reporter au 1er janvier 1947	35.841,55

III. — Petrini

Recettes :	
Reliquat au 1er janvier 1946	1.736,98
Portefeuille	22,50
Total	1.759,48
Dépenses : néant.	
A reporter au 1er janvier 1947	1.759,48

(1) 2 mgr. 5 par kilogramme ou 0 cm³ 025 de la solution à 10 o/o dans l'huile, soit 1 cm³ 25 pour 50 kilogrammes.
120 — 140 pounds : 1 cm³ 5, c'est-à-dire 54 kg. 360 à 63 kg. 420. MM. Huriez, Lichwitz et d'une façon générale les auteurs américains conseillent 3 milligrammes par kilogramme.

IV. — Ravaut

Recettes :

Reliquat au 1er janvier 1946	23.845,00
Portefeuille	3.750,00
Total	27.595,00
A reporter au 1er janvier 1947	27.595,00

V — Zambaco

Recettes :

Reliquat au 1er janvier 1946	7.741,27
Portefeuille	723,75
Total	8.465,02

Dépenses : néant.

A reporter au 1er janvier 1947	8.465,02

Bilan

Société	269.959,58	Cr Com. de France	252.506,30
Roussille	35.841,55	Masson	89.559,00
Petrini	1.759,48	Trésorier	1.555,33
Ravaut	27.595,00		343.620,63
Zambacco	8.465,02		
	343.620,63		

Voici, environ la 25e fois que je vous présente le bilan de la Société, dont je ne faisais pas encore partie, lorsque mon maître Thibierge, alors que j'étais encore interne, me demanda de prendre la charge de Trésorier.

Après 25 ans de services, dont je puis affirmer qu'ils furent loyaux — peut-être ne furent-ils pas bons, car ils me valurent plus de réflexions désagréables que de remerciements — je puis légitimement aspirer à la retraite. C'est pourquoi je demande instamment à la Société de me désigner un successeur.

Résultat du scrutin pour l'élection du bureau.

Président :	Prof. Gastinel.
Vice-Présidents :	A. Tzanck,
	Prof. Gaté,
	Méd. Gén. Insp. Jame.
Secrétaires des Séances :	G. Solente,
	M. Ducourtioux,
	Ét. Lortat-Jacob,
	G. Garnier.
Comité de Direction :	P. Cottenot,
	Fl. Coste,
	P. Lefèvre,
	A. Bocage,
	L. Richon.

Le secrétaire de séance :
G. Solente.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE
RÉUNION DE LYON

SÉANCE DU VENDREDI 27 JUIN 1947

CLINIQUE DERMATOLOGIQUE HOPITAL DE L'ANTIQUAILLE

Président : Professeur J. Gaté.

SOMMAIRE

PRÉSENTATIONS DE MALADES

Mycosis fongoïde à forme anormalement nécrotique et ulcéreuse,

par MM. J. Gaté, J. Coudert, R. Moindrot et M. Devic.

Les A. présentent un mycosis fongoïde ayant 10 ans d'évolution, à début d'emblée tumoral, traité par la téléradiothérapie, la première fois en 1941, avec succès. Actuellement, nouvelle poussée d'éléments tumoraux particulièrement nécrotiques et ulcéreux. Nouvelle amélioration par la téléradiothérapie.

Atrophodermie de Pick-Herxheimer des deux jambes avec « lilac ring » à la limite supérieure des lésions. Ulcération trophique géante, par MM. J. Gaté, P. Bondet et R. Moindrot.

Femme de 50 ans présentant depuis une dizaine d'années une atrophodermie de Pick Herxheimer prédominant à la jambe gauche ulcérée à la partie moyenne. La lésion est limitée à sa partie supérieure par une bordure nette de teinte violacée réalisant un « lilac ring » typique. Discussion du diagnostic avec une sclérodermie en plaque de la jambe coexistant avec une atrophodermie de Pick-Herxheimer.

Angiokératomes de Mibelli, par MM. J. Gaté, P. Bondet et R. Moindrot.

Fillette de 12 ans sans antécédents particuliers, à cuti-réaction négative qui présente sur la face dorsale des deux dernières phalanges de tous les doigts des éléments papulo-verruqueux angiomateux apparus depuis 2 ans. Angiokératomes de Mibelli typiques.

Lupus érythémateux subaigu et rhumatisme chronique, par MM. J. Gaté et M. Levrat.

Il s'agit d'une femme de 50 ans qui présente : 1° Un lupus érythémateux typique très congestif du dos du nez et des pommettes ainsi que du cuir chevelu où s'aperçoit une alopécie cicatricielle consécutive ; 2° des placards érythémato-squameux des membres, non prurigineux, de date récente réalisant un *erythema perstans* ; 3° Un rhumatisme chronique surtout marqué au niveau des mains avec déformation des doigts et lésions de décalcification des côtes ; 4° Des lésions vasculaires du fond d'œil rappelant ce que l'on voit dans l'hypertension ; 5° Un état subfébrile.

Pas d'hypertension marquée. Pas de lésion cardiaque. Il semble cependant qu'on puisse discuter l'hypothèse d'un syndrome de Libmann-Sachs.

Leucomélanodermie secondaire généralisée chez un Algérien, par MM. J. Pellerat et M. Devic (Clinique Dermatologique du Pr. Gaté).

Les A. présentent un malade algérien qui, au cours d'une syphilis secondaire, a une leucomélanodermie remarquable par sa généralisation.

Un cas de mélanose de Riehl exceptionnellement intense et à évolution encore progressive (Coexistence d'une mélanose de Riehl chez la mère de la malade), par MM. P. J. Michel et J. Saint-Paul.

Femme de 33 ans, brune, présentant une pigmentation du visage exceptionnellement accentuée et tirant son originalité du caractère très foncé et uniforme de celle-ci, de teinte brunâtre, même cuivrée en certains points, franchement noire ou violacée sur les pommettes. Apparue en 1942, elle a légèrement progressé jusqu'en 1946 pour s'aggraver considérablement au printemps 1947 (grosse dermite exfoliatrice à cette époque). Intégrité complète des régions rétro-auriculaires, de la nuque, du cuir chevelu et des mains. Cou plus discrètement atteint (pigmentation du fond des plis) mais pas de prurit, simple sensation épisodique de brûlure surtout après exposition au vent. Excellente santé générale. Régime peut-être déséquilibré, mais pas de restrictions alimentaires pendant la guerre. Pas de troubles digestifs. Pas de chocs nerveux spéciaux. Aucune application sur le visage pouvant être sérieusement incriminée. Règles normales, mais stérilité. Un seul fait à retenir : a engraissé de 14 kilogrammes depuis 1942. Coexistence épisodique d'eczématides. Parmi les différents examens pratiqués, on peut retenir : cholestérol sanguin : 2 gr. 15. Hyperglycémie provoquée : aire du triangle : 1,36 pouvant faire admettre insuffisance hépatique, mais coefficient de Maillard normal. Métabolisme basal légèrement accru. Calcium sanguin augmenté : 0,147-0,155. L'étude des sécrétions hypophysaires (fonction mélanotrope) trouvées perturbées par Bolgert n'a pu être faite. Costantini a récemment invoqué dans la mélanose de Riehl de l'hyperparathyroïdisme et a établi un rapprochement avec la sclérodermie. L'hypercalcémie précisée ci-dessus pourrait plaider dans le même sens. Échec de tous les traitements institués (vitamines, injections désensibilisantes, cardiazol).

Cas intéressant par son intensité, sa progressivité, malgré la disparition (relative) des circonstances nées de la guerre et coexistence d'une mélanose analogue cher la mère de la malade.

COMMUNICATIONS

Deux observations d'intolérances polymédicamenteuses multiples l'une à réactions thermiques, l'autre à réactions cutanées et générales, par MM. J. Gaté, J. Rousset, J. Pellerat et J. Coudert.

Les A. rapportent les observations suivantes :

1° Lar..., 21 ans, syphilis récente traitée par une première série arséno-bismuthique (novar 4 grammes, 15 Bi) puis après un repos de 3 semaines, reprise d'une série bismuthique. Au cours de ce second traitement, apparition d'une éruption généralisée et prurigineuse.

Le malade est hospitalisé à la Clinique présentant une érythrodermie érythémato-squameuse bismuthique. Mis au sulfobiol, réaction thermique entre 38°-39°. Pénicillinothérapie : 1.000.000 d'U. en 6 jours ; la température se maintient entre 38° et 39° et l'état cutané reste inchangé. Reprise du traitement au sulfobiol, persistance de la température. Le traitement est poursuivi par la substance P et la sumédine à raison de 5 grammes par jour pendant 5 jours. La température s'élève les derniers jours à 40°. Devant cette fièvre qu'aucun élément infectieux n'explique et en raison de la conservation d'un état général excellent, on se pose la question d'une intolérance polymédicamenteuse et on supprime toute thérapeutique. Les jours suivant l'arrêt de la sulfamidothérapie, la température tombe à 37° et s'y maintient tandis que l'état cutané s'améliore rapidement.

2° Gon..., 41 ans. Malade présentant depuis 8 ans des ulcères de jambe. En mars dernier, l'application d'une pommade de nature indéterminée provoque l'apparition d'une dermite eczématiforme périlésionnelle et à distance. Devant cet état on institue un traitement par l'anaphyl. Chaque injection entraîne une recrudescence du prurit en même temps que les lésions s'étendent. On arrête le traitement à la 6e injection et l'on fait de l'autohémothérapie. A la 2e injection, état de choc, oligurie très marquée, constipation pendant 48 heures, apparition d'œdème des membres inférieurs et des paupières. Simultanément apparaissent une dyspnée asthmatiforme avec toux et insomnie. La malade prend alors du néo-antergan (0 gr. 50 par jour) et en même temps on pratique des injections d'euphoryl. Le néo-antergan est mal toléré (vertiges, ébriéte, énervement). Les injections d'euphoryl sont mal supportées. On essaye alors un nouvel antihistaminique de synthése (3277 RP) à la dose de 10 centigrammes par jour. Ce médicament est assez bien toléré, provoque une somnolence salutaire et calme l'irritabilité. Parallèlement, on est surpris par la régression rapide des lésions de l'eczéma qui disparaît en 48 heures et la dyspnée asthmatiforme s'atténue. Le 4e jour du traitement par le 3277 survient une urticaire géante avec cuisson et prurit. Dosage d'histamine : sang total 250 λ o/oo ; plasma 55 λ o/oo.

On pense à un accident histaminoïde et on supprime l'antihistaminique. Malgré l'arrêt du traitement, les poussées d'urticaire géante avec prurit intense persistent. Dosage d'histamine : sang total 140 λ ; plasma 25 λ.

Ces deux observations nous ont paru intéressantes en raison du polymorphisme des manifestations cliniques pour la dernière et de l'intolérance polymédicamenteuse pour les deux.

Syphilis secondaire cutanéo-muqueuse ayant succédé à une adénopathie inguinale à type de réticulo-sarcome, par MM. J. F. Martin, J. Gaté, P. Bondet, F. Magnin et J. Coudert.

Les A. présentent l'observation d'une malade atteinte de syphilis secondaire cutanéo-muqueuse typique apparue quelques jours après l'exérèse d'un ganglion inguinal qui n'avait pas fait sa preuve clinique. L'examen histopathologique de ce ganglion avait montré un bouleversement complet de son architecture et l'envahissement du parenchyme ganglionnaire par des amas des grandes cellules claires dont beaucoup étaient en

mitoses. La recherche des tréponèmes dans le fragment prélevé s'est montrée très positive et ces nodules doivent être interprétés comme étant formés d'histiocytes. Cette prolifération réticulo-endothéliale particulièrement importante avait pu prêter à confusion avec un processus malin du type réticulo-sarcome.

A propos des dermatomycoses transmises des animaux à l'homme, par MM. J. Gaté, J. Coudert et L. Chmel.

Fréquence croissante depuis 1940. Sur 25 cas observés en un an, 23 sont dus au *Ctenomyces mentagrophytes*, 2 au *T. faviforme album*. Origine surtout bovine. Contagion interhumaine possible mais rare. Atteint surtout l'homme et l'adolescent, éleveur ou berger. Extension sur une vaste zone du Massif Central, des Alpes et du Jura. Nécessité d'un diagnostic précoce exact et du traitement de l'animal en cause.

Fréquence croissante des teignes dans la région lyonnaise. Considérations sur le diagnostic et le dépistage, par MM. J. Coudert et L. Chmel (travail de la Clinique Dermatologique du Pr. Gaté).

Les 119 teignes observées au cours des deux dernières années à la Clinique, où sont hospitalisées toutes celles des hôpitaux de Lyon, témoignent d'une nette augmentation des épidémies d'école ou de préventorium. Les teignes à *Microsporum audouini* prédominent avec 92 cas dont 81 chez les garçons. Le favus : 7 cas, est pour moitié d'origine étrangère (Afrique du Nord). La trichophytie est représentée par 2 cas à *Trichophytum violaceum* d'importation étrangère (Maroc et Italie). Dans l'ensemble les garçons sont plus fréquemment touchés que les filles (75, 63 o/o).

Espèces — Ages :	0-2 ans	2-4 ans	4-6 ans	6 8 ans	8-10 ans	10-12 ans	12-14 ans	Tot.	%
Microsporum audouini	1	12	22	25	14	7	11	92	77,51
Microsporum lanosum	0	3	1	6	2	0	0	12	10,08
Achorion schönleini	1	3	2	2	3	2	0	13	10,9
Trichophytum violaceum...	0	0	2	0	0	0	0	2	1,63
				Total				119	

Les mesures de désinfection concernant la prophylaxie des teignes en milieu scolaire s'avèrent pratiquement illusoires. Seules les visites de dépistage répétées toutes les semaines permettent d'adresser à temps les cas suspects au spécialiste qui, seul, pourra utilement user de la lumière de Wood et de l'examen microscopique des cheveux sans risque d'erreurs grossières.

L'épilation aux rayons X reste actuellement le procédé thérapeutique le plus sûr, pratiqué par un personnel entraîné.

Recherches sur la conservation et l'utilisation de la pénicilline en pommade. Résultats thérapeutiques en dermatologie, par MM. J. Coudert et J. Cotte (travail de la Clinique Dermatologique du Pr. Gaté).

Après une mise au point d'une méthode de contrôle de l'activité de la pénicilline en pommade, les A. ont examiné le rôle de la température, de l'excipient et éventuellement des stabilisants. La méthode adoptée dérive de la méthode de Heatley.

Une pommade faite uniquement avec de la vaseline et laissée à la température du frigidaire se conserve 3 semaines sans baisse d'activité notable. Les A. étudient le rôle des stabilisants : formol, urée, citrate de soude. Ils insistent sur la nécessité d'utiliser comme excipient la vaseline, d'introduire le moins d'eau possible, et de conserver la préparation à basse température. Tenant compte de ces

observations, ils donnent une formule de pommade dont le titre au bout de 4 mois est encore largement suffisant (pénicilline 100.000 U., eau 2 centimètres cubes, vaseline neutre 100 grammes).

Cliniquement, intérêt considérable en milieu hospitalier encombré, pour les gales infectées et les impétigos de l'enfant. Sur 149 observations, abaissement de la durée moyenne d'hospitalisation à moins de 5 jours.

Vaccine accidentelle du visage chez un nourrisson, par MM. J. Coudert et M. Devic (travail de la Clinique Dermatologique du Pr. Gaté).

Nourrisson de 9 mois, porteur d'un eczéma du visage contaminé par sa sœur en pleine éruption vaccinale. Évolution d'une vaccine de la face confluente avec état général grave. Variole éliminée par l'inoculation. Vaccination d'épreuve négative quelques jours après.

Réactions cutanées à la laque indochinoise. Action des antihistaminiques de synthèse, par MM. J. Pellerat, J. Chamard et L. Chmel (Clinique dermatologique du Prof. Gaté).

Sur la demande du Dr Dhers, qui avait observé des réactions cutanées chez des ouvriers manipulant la laque indochinoise, nous avons pratiqué des tests cutanés systématiques chez des sujets présentant une peau normale ou des dermatoses variées. Nous avons utilisé la laque pure et des solutions de laque dans l'acétone à 1/2, 1/4 et 1/10.

Nous avons eu des réactions cutanées constantes après application de laque pure, réactions du type érythémato-vésiculeux ou plus fréquemment érythémato-phlycténulaire. Ce fait avait d'ailleurs déjà été signalé par MM. Flandin, Rabeau et Mlle Ukrainczyk (1). Ces réactions apparaissent le lendemain quelquefois plus tardivement le 2e ou le 3e jour.

Des réactions semblables généralement moins intenses ont été obtenues avec la solution de laque à 1/2.

Avec la solution au 1/4 on obtint chez 14 sujets, 11 réactions érythémato-vésiculeuses discrètes.

Avec la solution à 1/10 les réactions cutanées furent discrètes et inconstantes (5 réactions positives sur 19 cas).

Nous avons noté que les sujets atteints d'eczéma présentaient tous des réactions très intenses et tenaces. L'application de laque chez l'un d'eux provoqua la réapparition d'un eczéma du cuir chevelu qui était guéri.

Parallèlement, nous avons étudié l'action des antihistaminiques de synthèse (3277) sur la réaction cutanée. Lorsqu'on pratique une épidermo-réaction après injection locale intradermique de 3277, solution diluée à 1/2 pour éviter la formation d'escarre, les réactions sont très fortement atténuées comparativement aux réactions témoins pratiquées en peau saine chez les mêmes sujets.

Il nous paraît donc évident que l'histamine intervient dans le déterminisme des réactions cutanées après application de laque indochinoise.

Essai de traitement du prurit anal par le disulfate potassique de diéthylstilbœstrol, par M. J. Rousset (travail de la Clinique Dermatologique du Pr. Gaté).

L'A. présente les observations de deux hommes de 35 et 43 ans atteints de prurit anal ayant résisté à toutes les tentatives thérapeutiques chez lesquels des applications d'une pommade à 2 o/o de disulfate potassique de diéthylstilbœstrol donnèrent des résultats vraiment spectaculaires.

(1) Flandin, Rabeau et Mlle Ukrainczyk. Dermite bulleuse d'origine professionnelle par laque indochinoise. *Bulletin de la S. F. D. S.*, 1939, p. 892.

A propos des indications de la vitamine B_6 en dermatologie, par MM. H. Thiers, J. Racouchot et Traeger.

1° Après un eczéma aigu, une malade présente une intolérance gastrique absolue et un amaigrissement rapide, sans signes de cholécystite. Guérison par la vitamine B_6.

2° Une femme de 20 ans, présente depuis 3 ans une urticaire rebelle à tout traitement coexistant avec des troubles dyspeptiques. Guérison par la vitamine B_6.

3° Une femme de 40 ans présente une névralgie faciale, de l'urticaire, des arthralgies, des troubles dyspeptiques. Échec de la vitamine B_6.

4° Une femme de 30 ans présente une colibacillose à rechute, des arthralgies, de l'urticaire, des troubles dyspeptiques; échec de la vitamine B_6.

Les accidents de l'association Pénicilline et Bismuth ou Novarsénobenzol quotidiens, par MM. H. Thiers, J. Racouchot et Traeger.

Dix syphilis primaires traitées par pénicilline et bismuth : deux stomatites sévères nécessitent l'arrêt du bismuth. Dix syphilis primaires traitées par pénicilline et novarsénobenzol : une apoplexie séreuse curable; quatre érythèmes scarlatiniformes; une érythrodermie tardive. Les A. devant ces accidents ont cessé d'utiliser ce traitement.

Traitement de la gangrène en plaques superficielles des vieilles femmes par la pénicilline en injection locale, par MM. H. Thiers, J. Racouchot et Traeger.

Dans deux cas traités initialement, l'action a été relativement favorable : la plaque s'est vite détergée, mais la cicatrisation garde sa lenteur d'évolution habituelle.

Kératite interstitielle unilatérale de la syphilis acquise apparue au cours d'un traitement bismuthique. Action de la pénicilline, par MM. H. Thiers, J. Racouchot et Traeger.

Femme de 20 ans. Chancre du col, sérologie très positive. Deux séries de 15 Bismuth. Au cours de la 3e série, avec sérologie très positive, apparition d'une kératite interstitielle unilatérale. Intolérance arsenicale. La kératite s'opacifie progressivement malgré un traitement par des chocs et trois séries de bismuth. La malade reçoit à deux reprises 3.000.000 de pénicilline qui négativent partiellement la sérologie (Meinicke positif) et provoquent une régression considérable mais incomplète de l'opacité cornéenne.

Un cas de myase sous-cutanée à « Hypoderma bovis » observé à Lyon, par MM. Morenas, Roman et Savoye.

Les A. rapportent un cas de myase cutanée à type de tumeurs ambulatoires chez un enfant de 10 ans, en ayant imposé pour un œdème de Quincke et s'étant jugé en fin de compte par une petite tumeur de la région temporo-pariétale qui s'est ulcérée avec élimination d'une larve vivante appartenant au genre hypoderma. Cet enfant qui gardait les vaches dans les champs a vraisemblablement été contaminé par des larves pénétrantes provenant d'œufs pondus par la mouche femelle sur les cheveux de l'enfant ou arrivées sur la peau par contact avec le pelage d'un bovin infesté. Ces larves jeunes ont dû tout d'abord cheminer superficiellement dans l'épiderme pour aller s'enfoncer dans la paroi de l'œsophage. Après avoir parcouru les tissus de cet organe, elles ont dû émigrer à travers la musculature avoisinante, atteindre ensuite la couche cellulaire sous-cutanée de la partie postérieure du tronc pour, après un long trajet, aboutir à la région où l'une d'elles a été éliminée. Ce cycle de l'*hypoderma bovis* a été très nettement étudié par le Pr Vaney. A signaler qu'antérieurement, il y avait eu issue

d'une première larve vers l'occiput et lorsque l'enfant fut examiné, on voyait encore la cicatrice de cette première élimination. On notait chez cet enfant une éosinophilie sanguine à 27 o/o. Après l'élimination de la deuxième larve, que les A. ont pu étudier, l'éosinophilie tomba à 11 o/o et les manifestations cutanées ont disparu.

Les dangers des « permanentes à froid », par MM. P. J. Michel et J. Saint-Paul.

Les A. attirent l'attention sur les dangers pour la chevelure et le cuir chevelu que semble comporter la substitution qui tend à se faire actuellement des « permanentes à froid » à la technique ancienne réalisée à chaud, elle-même déjà responsable de retentissement souvent fâcheux sur la vitalité du cheveu. Ils signalent la possibilité d'accidents de différents ordres s'observant habituellement après la deuxième ou troisième application : chute de cheveux importante, soit diffuse, soit en aires limitées, arrêt de la pousse, et aussi accidents intéressant le cuir chevelu et rappelant ceux observés avec les teintures capillaires à base d'aniline : eczématisation, dermite sèche du cuir chevelu avec parfois œdème du visage et des paupières; enfin maux de tête, surtout frontaux péri-orbitaires précoces et violents. Les auteurs signalent également les dermites professionnelles observées chez les coiffeurs ou les coiffeuses manipulant ces produits (eczéma des mains avec altérations unguéales). Tous ces faits soulignent la causticité du principe actif utilisé (thiogluconate ?). Des recherches sont en cours, pour en préciser la nature exacte.

Les réveils tardifs de l'infection syphilitique et leur incidence sur la progéniture d'après l'histoire de deux familles de syphilitiques, par MM. J. Duverne, R. Bonnayme et R. Mounier (de Saint-Etienne).

Dans ces deux familles, l'infection est latente et méconnue chez le père et la mère, le premier enfant est porteur d'une sérologie positive et dans l'un des cas présente à 10 ans des signes d'hérédo-syphilis évolutive, puis l'infection atténue sa virulence et ne se manifeste chez les enfants suivants que par de très discrets signes dystrophiques ou même par une absence de tout symptôme, la sérologie de ces enfants étant négative. Enfin après un intervalle plus ou moins long et, parallèlement dans un cas à l'éclosion d'une syphilis tertiaire chez la mère, un renouveau de virulence se manifeste dans la descendance : dans un cas, fausse-couche puis malgré un traitement, enfant présentant des signes d'imprégnation très nets; dans l'autre cas, apparition d'une hérédo-syphilis majeure chez le quatrième enfant.

Les A. soulignent cette périodicité dans le cycle de l'infection syphilitique alors que l'atténuation progressive est plus communément de règle. Ils notent également le contraste entre la discrétion apparente de la maladie chez les parents et la virulence réelle qui, dans les deux cas, est responsable d'un premier enfant viable mais porteur d'une hérédo-syphilis manifeste.

Mort « rapide » après une injection de néocardyl infantile chez un nourrisson atteint d'hérédo-syphilis majeure, par MM. J. Duverne R. Bonnayme et R. Mounier (de Saint-Etienne).

Enfant de 2 mois 1/2, née à terme sans signes apparents d'hérédo-syphilis de parents dont la syphilis sérologique fut découverte à cette occasion. Apparition des symptômes vers l'âge de 2 mois : érythème fessier avec éléments papulo-érosifs et fissures, lésions péribuccales avec rhagades et végétations, lésions érythémato-squameuses généralisées, plaques muqueuses buccales, coryza séro-purulent, gros foie et grosse rate, ostéo-chondrite des membres inférieurs.

Mise au néocardyl infantile sans frictions préalables. Le lendemain de la première injection, syndrome toxique avec pâleur, polypnée et pauses respiratoires, plafonnement. Pas de signes méningés. Une ponction lombaire améliore un peu l'état de l'en-

fant et permet de constater : 10 lymphocytes, albumine : 0,30 o/oo. Décès 36 heures environ après l'injection de néocardyl.

Les A. émettent l'hypothèse d'une résorption massive de toxines tréponémiques qu'on aurait pu éviter peut-être par des frictions mercurielles préalables.

Maladie de Besnier-Bœck-Schaumann avec apparition d'un syndrome d'Heerfordt et extension rapide d'une ichtyose, par MM. CAMELIN, OLIVIER et GARNUNG.

Observation d'un homme de 28 ans, chez qui un cliché révèle une grosse adénopathie hilaire bilatérale avec cutis négatives. Apparition d'une image miliaire, puis, après une rougeole d'un syndrome d'Heerfordt. En même temps, une ichtyose des jambes, très discrète antérieurement, s'accentue considérablement, gagne le thorax et les membres supérieurs tandis qu'une acné du visage et du thorax disparaît.

L'extension rapide d'une ichtyose chez un adulte correspondant à la guérison d'une acné nous a paru trop exceptionnelle pour y voir une simple coïncidence. L'étude des différents métabolismes et des sécrétions internes s'est montrée négative. Cependant une diminution des hormones génitales nous paraît à incriminer chez ce sujet qui a perdu l'appétit sexuel.

Mais quel est le rapport de l'ichtyose avec le syndrome de Besnier-Bœck-Schaumann ? avec la rougeole ?

Du strophulus du nourrisson et du petit enfant, par M. J. CHARPY (de Dijon).

(Sera publié à la séance de la Société de Dermatologie de Paris *du 10 juillet 1947).*

Les eczémas du bois (Eczémas par sensibilisation aux essences forestières), par M. J. CHARPY (de Dijon) (sera publié à la séance de la *Société de Dermatologie de Paris* du 10 juillet 1947).

L'eczéma vrai du nourrisson et la thérapeutique, par M. J. CHARPY (de Dijon).

La thérapeutique de l'eczéma vrai ou allergique du nourrisson est très décevante. Les méthodes classiques de désensibilisation, quand elles ne sont pas dangereuses, échouent le plus souvent. Quant aux régimes, auxquels les pédiâtres restent attachés, de leur propre avis, ils ont fait faillite.

Les essais que je rapporte ici, sans être absolument concluants, orientent la thérapeutique dans une voie nouvelle et que je crois intéressante :

1° Des travaux américains déjà anciens (Burr et Burr, 1930) avaient montré que la dermite du rat était due à une carence en acide linoléique. D'autres travaux concluaient à la diminution, chez les nourrissons eczémateux, de la teneur du sérum en acides gras non saturés.

L'administration par la bouche, chez les nourrissons, soit d'huile de lin pure (40 o/o d'acide linoléique) qui est difficile à trouver actuellement, soit de saindoux pur (26 o/o d'acide linoléique) est très bien supportée même par les tout petits. Elle amène dans un très petit nombre de cas une décongestion nette des placards d'eczéma.

L'association au saindoux d'extraits biliaires semble augmenter cette action : elle est d'un maniement difficile chez le petit enfant. On peut se servir plus facilement d'extraits pancréatiques.

2° *La vitamine B_6*, pyridoxine ou adermine, qui guérit aussi la dermite floride du rat joue un rôle important dans le métabolisme des graisses. Les acides gras non saturés exercent expérimentalement une action d'épargne remarquable sur elle.

La vitamine B_6 n'est pas toxique. On peut en administrer par la bouche 0 gr. 05

à o gr. 10 par jour aux nourrissons, et sans doute beaucoup plus. Ces doses ont une action évidente dans certains eczémas du nourrisson.

3° La réunion de ces deux moyens, saindoux d'une part, pyridoxine d'autre part, accroît encore l'efficacité;

4° Mais il est primordial, dans la pratique, de tenir compte d'autres facteurs : en particulier de l'*extrême sensibilité de l'épiderme de ces petits eczémateux* à tous les réactogènes possibles; mais aussi de l'*extrême sensibilité de leur organisme tout entier*. Il est indispensable de les mettre à l'abri *de tous les contacts chimiques et médicamenteux*, sur la peau malade, sur les muqueuses et à l'intérieur.

Enfin, le milieu intestinal joue vraisemblablement assez souvent le rôle d'usine à allergènes; il faut régler correctement le régime, et souvent on a avantage à donner un vaccin intestinal *per os* (entérococcine par exemple).

Les prescriptions pratiques peuvent se résumer ainsi : Régime correct, avec un lait pas trop gras. Saindoux (gros comme une bille) + 5 à 15 centigrammes de vitamine B_6 + extraits pancréatiques.

Une ampoule buvable d'entérococcine par jour (avant les biberons).

Localement, pas de pommades médicamenteuses, ni de topiques chimiques. Pulvérisations au sérum physiologique. Applications de saindoux pur, *ou mieux*, de *saindoux*, de vitamine B_6 et de lanoline anhydre. Pas de gouttes dans le nez. Se méfier du bois du berceau, de la peinture du lit, et de la couleur des vêtements.

Ces prescriptions qui ne sont pas encore complètement fixées, permettent déjà un ensemble de résultats satisfaisants.

Immunité naturelle contre le gonocoque ? Rôle de la vitamine A ? Expérimentation chez l'homme, par M. J. Charpy (de Dijon).

I. — Il est vraisemblable que certains individus sont peu réceptifs vis-à-vis du gonocoque. On observe de temps en temps des sujets des deux sexes qui s'étant exposés à des risques certains de contamination, qui n'ont pris aucune précaution particulière et qui ne présentent pourtant rien.

J'ai observé longuement, il y a 2 ans, une jeune femme, qui m'avait frappé par son apparence de santé éclatante. Son ami présentait depuis 48 heures une blennorragie aiguë, contractée ailleurs. Pendant ces 48 heures, il y avait eu 3 rapports sexuels, et sans précautions particulières, sans même la toilette recommandable. Il n'y avait aucune raison de suspecter ces déclarations, et la jeune femme, d'ailleurs, se prêta de bonne grâce à la longue observation que je lui imposai. Or toutes les recherches, répétées, un grand nombre de fois, pendant 3 mois, au moment des règles après réactivation de diverses sortes ont été négatives. Au cours de tous ces examens, la muqueuse était apparue parfaitement saine.

II. — La vitamine A protège les épithéliums. Dans un rapport au Congrès de Chimie de Solvay en 1937, Von Euler rapporte à ce sujet une expérimentation fortuite très convaincante faite dans un élevage d'animaux de laboratoire, atteints d'une épizootie : tous les animaux chargés en vitamine A échappèrent à la maladie qui décima les autres. Il fut prouvé qu'il ne s'agissait pas d'une formation d'anticorps, mais d'un renforcement des défenses épithéliales.

Cette notion a inspiré des essais thérapeutiques que j'ai faits en 1945-1946 dans la blennorragie masculine, par l'association de très hautes doses de vitamine A (1.200.000 U. par jour) et de vitamine C (16 grammes par jour) et qui donnèrent un bon pourcentage de succès (6/8).

III. — Il était donc intéressant de vérifier la valeur préventive de la vitamine A chez l'homme :

Un individu de 46 ans, bien portant, ayant dans ses antécédents une blennorragie datant de 21 ans, absorbe pendant 2 jours, 1.200.000 U. par jour de vitamine A. On fait de plus, chaque jour, une injection dans la partie toute antérieure de l'urètre de 1 centimètre cube d'une solution huileuse de vitamine A (120.000 U. par centimètre cube). Le 3e jour, après miction, on introduit dans la fosse naviculaire du pus blennor-

ragique prélevé sur un malade (non syphilitique). La miction suivante a lieu 4 heures plus tard. L'inoculé continue à prendre par la bouche 600.000 U. de vitamine A par jour pendant 5 jours ; mais ne fait plus aucun traitement local. Aucune manifestation pathologique pendant le mois suivant.

Sporotrichose cervico-faciale. Lésions gommeuses et érythémato-squameuses. Efficacité du traitement par faibles doses d'iodure associées au Fontamide, par M. G. Massias (de Vichy).

Il s'agit d'un jeune fermier de 26 ans qui réunit les lésions suivantes : 1° Nodules et gommes des régions cervicales et masseterines ; 2° Placards érythémato-squameux de la joue et du front.

Entre le diagnostic clinique de sporotrichose et la confirmation bactériologique donnée 3 semaines plus tard, le malade a reçu : 1 gr. 50 par jour d'iodure de potassium et deux cures de fontamide de 30 grammes en 3 jours, séparées par deux jours d'intervalle.

Ce traitement a suffi pour amener une guérison presque complète en 3 semaines.

La fontamide (2255 RP) associée à l'iodure de potassium, permet semble-t-il donc, d'en réduire les doses efficaces, et d'éviter les phénomènes d'intolérance fréquents avec ce médicament.

Une formule de crème à la Pénicilline, par M. G. Massias (de Vichy).

Formule très simple : 100.000 U. O. de pénicilline en solution dans 5 centimètres cubes d'eau distillée sont incorporés à 50 grammes de Triétine de Gattefossé. Cette crème très pénétrante agit bien *in situ*, et aussi semble-t-il, par absorption transcutanée. Elle a donné de très bons résultats dans le sycosis strepto-staphylococcique, les dermo-épidermites microbiennes, etc....

Malheureusement, elle doit être conservée à la glacière et son efficacité est limitée dans le temps.

Une formule analogue est à l'étude, préparée avec la pénicilline G stable en émulsion directe dans l'excipient. On espère obtenir un produit plus facile à conserver et plus longtemps efficace.

Lichen plan aigu généralisé, par MM. De Casaban (d'Avignon).

L'A. présente l'observation d'un homme de 32 ans atteint de lichen plan généralisé des téguments et des muqueuses. L'éruption a débuté par quelques éléments symétriques aux cuisses et s'est généralisée en quelques jours avec un prurit intense. Il existe de nombreux éléments de lichen annulaire sur la verge ainsi qu'un réseau lichénien sur la muqueuse buccale et linguale. Cette éruption s'accompagne de volumineuses adénopathies axillaires et inguinales non inflammatoires et indolentes. Pas de signes de syphilis ni de tuberculose. Il faut noter aussi qu'au niveau du tronc l'éruption a pris l'aspect érythrodermique. On institue un traitement par radiothérapie médullaire.

Résultats obtenus dans le traitement des dermatoses prurigineuses par la théophylline éthylènediamine, par M. Bazex (de Toulouse).

L'A. a voulu se rendre compte de l'action antiprurigineuse de la théophylline éthylène-diamine signalée par Ervin et Epstein. Il a appliqué le traitement à onze malades atteints de dermatose prurigineuse (prurit vulvaire, prurit anal avec lichénification, eczéma lichénifié, prurigo diathésique). Il a administré le médicament par la voie buccale à la dose de 0 gr. 60 par jour. Il a constaté des résultats inconstants et, du fait du petit nombre de cas traités, il ne peut donner d'indications précises sur le traitement. Cependant, il remarque que les meilleurs résultats ont été obtenus chez des malades atteints de prurigo diathésique (le détail de ces observations paraît dans la thèse d'Alcover, Toulouse, 1947).

A propos d'un rhumatisme psoriasique grave, par MM. Duval et A. Trinite-Schillemans (de Rennes).

Les A. présentent l'observation d'un rhumatisme psoriasique à évolution fatale, où l'état toxi-infectieux aboutit à un syndrome rénal du type néphrite-néphrose, avec albuminurie ayant parfois atteint 90 grammes par litre, cylindrurie, augmentation du taux de l'urée sanguine, inversion du rapport sérine : globuline, œdèmes importants. Des radiographies montrent d'importantes lésions ostéo-articulaires particulièrement marquées aux coudes, avec aspect géodique très particulier.

Adénomes sébacés type Pringle. Syndrome de Bourneville fruste? par MM. Bonnet (de Marseille) et Migozzi.

Les A. présentent l'observation d'une jeune fille de 24 ans porteuse d'adénomes sébacés symétriques du visage, type Pringle.

Ces néoformations s'accompagnent d'autres dystrophies cutanées (nævi pigmentaires, mollusca pendula) et somatiques (strabisme convergent de l'œil gauche, langue plicaturée). La malade présente, en outre, une arriération mentale importante et dans les antécédents, on note des crises épileptiformes.

Devant cet ensemble de signes cutanés, nerveux et mentaux, il semble logique de faire entrer ce cas dans le cadre de la sclérose tubéreuse de Bourneville, dont la malade observée représente un type fruste.

Mécanisme d'action de la vitamine D_2 dans le traitement du lupus, par M. J. Charpy de Dijon (sera publié à la séance de la *Société de Dermatologie de Paris* du 10 juillet 1947).

Quelques remarques sur la thérapeutique de l'eczéma, par M. J. Charpy (de Dijon).

1° L'A. fait remarquer que la vie moderne, qui est sous le signe de la chimie synthétique, multiplie à plaisir les causes de sensibilisation externes ou internes de l'organisme humain et de la peau en particulier. Il cite, d'après son expérience personnelle, un certain nombre de ces causes qui ne sont pas classiques.

2° Il attire, d'autre part, l'attention sur le fait qu'en contact externe certains allergènes sont susceptibles de déclencher l'intolérance épidermique dans des délais variables, soit immédiatement, soit après retard; et, à cet égard, une observation de plusieurs années l'autorise à décrire une « poussée du 9e jour », par analogie avec les érythèmes du 9e jour de la chimiothérapie interne. Ces notions permettent de comprendre en partie les réactions qui se produisent au cours d'un eczéma soigné par des applications externes, et parmi celles-ci, il faut se méfier même de celles qui sont classiques, et en général bien adaptées au problème de l'exosérose.

Pour apporter une preuve significative de l'importance de ces faits, l'A. a comparé de grandes séries de malades soumis à un traitement externe classique (pâte de Lassar simple ou ichtyolée, pommade à la goudroline) ou sans traitement externe (simples nettoyages au sérum). Le temps moyen d'évolution des eczémas est au moins 2 fois plus court dans le deuxième cas.

3° Sans méconnaître l'intérêt des traitements de désensibilisation non spécifiques classiques, l'A. a étudié la valeur de la vitamine B_6 (pyridoxine) comme médicament du terrain cutané eczémateux. Une longue expérience lui permet de dire que celle-ci donne, dans des cas *a priori* comparables, des résultats, ou remarquables, ou nuls. Dans les localisations aux extrémités (mains, visage), il semble utile d'y associer l'amide nicotinique.

4° Certains eczémas, par l'intensité du prurit et des phenomènes nerveux et psychiques qui l'accompagnent, doivent être envisagés par le thérapeute comme des maladies nerveuses. Dans ces cas, indépendamment des autres moyens théra-

peutiques, on a presque toujours intérêt à essayer de « décrocher » le déséquilibre nerveux. On peut y arriver par différents moyens, dont il vaut mieux exclure ceux qui sont toxiques. L'auteur cite :

— l'association cardiazol-gardénal sodique, en injections, quatre jours de suite;

— les antihistaminiques, et parmi ceux-ci, le plus ancien d'entre eux, la lobéline;

— l'aminophylline, qui est utilisée surtout en Amérique, et qui peut être précieuse;

— enfin, la ponction lombaire.

Toutes ces données seront développées dans un travail ultérieur.

Un cas de tularémie inoculé par une morsure de marcassin, par MM. J. Charpy et Gibaud (de Dijon).

Ce cas a été publié, d'autre part, à la Société Médicale des Hôpitaux de Paris par MM. R. Martin, P. Mercier et Roland Péret (séance du 6 juin 1947), qui ont confirmé le diagnostic clinique posé par nous en constatant une agglutination positive à 1/1.000 pour *Pasteurella Tularensis.*

Son intérêt vient de ce que l'inoculation s'est faite par une morsure de marcassin; on ne savait pas que ces animaux pouvaient servir de vecteurs de virus. Cliniquement : forme septicémique et ganglionnaire classique, mais dont le diagnostic fut méconnu par de nombreux médecins.

Un cas d'œdème malin charbonneux (Thérapeutique et évolution), par MM. J. Veillet, J. Charpy, R. Soichot et Mme Neyreneuf (de Dijon).

Les A. rapportent l'observation d'un cas d'œdème malin dû à *B. Anthracis*, chez un boucher de 62 ans qui avait abattu, 7 jours avant, une vache malade. Vésicule d'inoculation (sans pustule maligne) dans l'espace intersourcillier. Développement d'un œdème rapidement extensif de la face et du cou. Constatation du bacille en culture pure dans la vésicule ; inoculation positive à l'animal. Traitement mixte par pénicilline 800.000 U. I. *pro die*, plus 6 grammes de sulfadiazine, plus 120 centimètres cubes de sérum. Cautérisation ignée du point d'inoculation, et infiltration périfocale de pénicilline. L'évolution fut intéressante en ce sens qu'il apparut très précocement une éruption sérique, et 24 heures plus tard, soit le 3e jour au matin, un purpura avec un petit nombre de taches très discrètes sur les membres, et d'autre part, un énorme hématome péri-oculaire gauche en plein foyer, auquel succéda une escarre sèche qui s'élimina à la longue avec le squelette des deux paupières.

Les A. discutent la pathogénie de cet accident, qu'ils apparentent au phénomène de Schwartzman, et ceci les amène à discuter si la même explication ne pourrait pas être fournie par la nécrose de la pustule maligne simple. La discussion est développée dans la thèse de Mme Neyreneuf (*Thèse de Lyon*, juillet 1947).

*Le Secrétaire général*e *:*
P. Cuilleret.

RÉUNION DERMATOLOGIQUE DE NANCY

SÉANCE DU 7 JUIN 1947

Présidence de M. Watrin

Traitement des ulcères et des plaies atones par l'hexamidine et les greffes cutanées, par MM. Ribon et P. Bordenave.

Malades âgés de 50 à 67 ans (sept observations) atteints d'ulcères de jambe ou de plaies atones consécutives à des blessures de guerre et guéris en quelques semaines par l'emploi quotidiennement renouvelé des pansements avec une solution d'hexamidine (diamidine-diphénoxylhexane ou 2535 RP) au millième, dans de l'alcool à 30°, associé à une injection intraveineuse quotidienne de 20 centimètres cubes d'une solution au millième dans du sérum ou de l'eau distillée.

Le mauvais terrain local des tissus laisse présumer qu'à l'action bactéricide du médicament s'ajoute une action trophique.

Ce traitement, supprimant l'infection locale, rebelle, a permis et facilité, par la suite, la mise en œuvre de greffes dermo-épidermiques réalisées dans des conditions très favorables.

Un cas d'acanthosis nigricans au cours de l'évolution d'un néoplasme latent du cardia, par MM. J. Watrin, J. Girard et G. Vichard.

Les auteurs rapportent l'observation d'un cultivateur de 54 ans qui depuis octobre 1945 présente des troubles digestifs, notamment une dysphagie œsophagienne et un amaigrissement progressif qui atteint actuellement 24 kilogrammes. Ce n'est qu'en mars 1947 que l'on put constater un néoplasme du cardia, tous les examens avant cette date (œsophagoscopie comprise) étant restés négatifs.

Depuis octobre 1946 se développent des lésions typiques d'acanthosis nigricans avec l'état rugueux de la peau, en écorce d'arbre et la pigmentation d'un noir intense. Les lésions sont localisées à la région cervicale, la nuque, les aisselles, les mamelons, l'ombilic, le périnée et les organes génitaux.

Les auteurs soulignent l'extrême rareté de cette affection et ses rapports établis par Darier avec un néoplasme de la cavité abdominale.

Epithéliomatose sur terrain séborrhéique, par MM. J. Watrin, C. Thomas et P. Florentin.

Une femme de 38 ans présente :

1° une lésion ulcérée de l'angle interne de l'œil gauche datant de 10 ans, à fond bourgeonnant, dont l'examen histologique confirme la nature néoplasique (épithélioma basocellulaire à tendance cylindromateuse) ;

2° une lésion de la tempe droite ;

3° une lésion du cou, rétro-mastoïdienne, à droite, datant de 6 mois ;

4° et depuis 2 mois une lésion de la lèvre supérieure droite, toutes trois épithéliomateuses elles aussi. Enfin, disséminées sur le cou, la nuque, la région interscapulaire, des petites lésions verruqueuses et pigmentées, lenticulaires, dont certaines sont à bords surélevés, et qui sont des verrues séborrhéiques

On peut se demander si, contrairement à l'opinion classique qui dénie toute action cancérigène aux verrues séborrhéiques, les 4 néoformations observées chez notre malade n'ont pas eu pour point de départ les lésions verruqueuses.

Adénomes sudoripares chez une fillette, par MM. J. Watrin et R. Masson.

Il s'agit d'une enfant de 3 ans adressée au service pour abcès de l'aisselle et des seins récidivant depuis deux ans. Une ponction a amené un peu de pus renfermant du staphylocoque. Une biopsie faite au niveau de la tuméfaction axillaire droite a montré qu'il s'agissait en réalité d'un hidroadénome infecté. L'enfant a été dirigé sur un service de chirurgie où l'on a procédé à l'extirpation en masse des tuméfactions axillaires. Les tumeurs sont de la taille d'une grosse noix, bosselées, non adhérentes en profondeur, et présentent de petits nodules abcédés. Un examen histologique des pièces confirme l'examen clinique. L'adénome est formé de 10 à 12 lobules glandulaires composés de nombreux acini disposés en grappes tout autour des canaux excréteurs. Les phénomènes hyperplasiques intéressent non seulement l'épithélium, mais également le stroma conjonctif. Les canaux excréteurs des glandes sudoripares ont disparu au niveau de l'épiderme. Certains acini renferment des polynucléaires altérés. La tumeur axillaire gauche est le siège d'une adénite sudoripare chronique et montre de nombreux kystes tapissés de cellules sudoripares normales. Une biopsie faite au niveau d'un des mamelons a montré la même image, et l'existence d'acini mammaires normaux au milieu de kystes sudoripares.

Le traitement de la dermatite de Duhring-Brocq par la pénicilline, par MM. J. Watrin et F. Messin.

La mycothérapie de la dermatite de Dühring-Brocq amène une sédation des poussées bulleuses plus rapidement en général que les autres méthodes thérapeutiques (autohémothérapie, antihistaminique, arsenic, vitamine C) mais elle exige des doses assez fortes : 800.000 et même 1.200.000 U. ont été nécessaires chez un de nos malades; néanmoins les récidives sont la règle, et on ne peut pas parler d'une action spécifique de cette méthode thérapeutique.

Epithélioma du sein à aspect clinique de maladie de Paget, par MM. J. Watrin, J. Michon et J. Guervain.

Plaie érosive des dimensions d'une petite paume de main évoluant depuis 2 ans et intéressant le sein gauche d'une femme de 52 ans. Le mamelon a disparu; la lésion est bien délimitée par rapport à la peau saine; il y a des îlots d'épidermisation, ce qui fait pressentir une maladie de Paget du sein; mais l'examen histologique infirme ce diagnostic : il n'y a pas de cellules de Paget, mais des travées épithéliomateuses réparties sur tout le champ de la préparation, avec métastases lymphatiques. L'origine est vraisemblablement une glandule aberrante du mamelon : la glande enlevée en totalité était saine.

Maladie de Nicolas-Favre : forme de début, par M. P. Jeandidier.

Poradénite confirmée par l'intradermo-réaction de Frei chez un syphilitique ancien, âgé de soixante ans et dont le mode de début a été remarquable tant par l'importance insolite du chancre que par l'aspect syphiloïde de l'adénopathie, faisant hésiter le diagnostic au point de soulever l'hypothèse d'une réinfection tréponémique.

Pemphigus chronique : problème anatomo-pathologique, par MM. J. Watrin et P. Jeandidier.

Observation d'une malade de soixante-neuf ans présentant les signes cliniques du pemphigus chronique, mais où le microscope montre que la bulle est non pas intra-

malpighienne mais franchement épidermo-dermique comme dans la dermatite de Dühring, ce qui incite à se demander si le critère anatomo-pathologique de Civatte a bien une valeur absolue dans le diagnostic des dermatoses bulleuses.

Dermatite d'origine végétale par heracleum persica, par MM. L. Cuénot et P. Michon

Huit jours après avoir arraché à pleines mains des plantes de cette ombellifère des jardins, un homme atteint de petite azotémie présente une importante éruption papulo-squameuse, et par places finement vésiculeuse des mains. Une percutiréaction faite par frictions avec la tige du végétal se montre probante, en l'absence de toute exposition solaire. La plante, dont la tige porte des villosités et poils non urticants, est proche d'*heracleum spondylium*, ou berce des prairies, elle aussi responsable de dermatites.

Vaccine et réaction de Wassermann, par MM. V. de Lavergne et J. Cauchois.

Les auteurs attirent l'attention sur le pourcentage de réactions sérologiques faussement positives que peut provoquer la vaccine chez des individus exempts de syphilis. Ils rapportent le cas d'un sujet dont les réactions sérologiques positives après infection vaccinale, le sont restées pendant deux mois. Ils font remarquer tout l'intérêt de cette notion dans les examens sérologiques actuels de collectivités, en particulier chez les immigrants italiens qui sont tous vaccinés avant leur entrée en France, et chez qui on pratique systématiquement à leur arrivée des réactions de Bordet-Wassermann.

Le Secrétaire de séance :
P. Jeandidier.

Le Gérant : G. Masson.

DÉPÔT LÉGAL : 1947, 3e TRIMESTRE, N° D'ORDRE 533, MASSON ET Cie, ÉDITEURS, PARIS
BARNÉOUD FRÈRES ET Cie, IMPRIMEURS (31.0566). LAVAL, N° 734. — 9 1947.

TRAVAUX ORIGINAUX



HYPERPLASIES LOCALISÉES DE L'APPAREIL SÉBACÉ ET FAUX NÆVI

Par G. SOLENTE
Assistant à l'hôpital Saint-Louis

Des aires restreintes peuvent se parsemer d'éléments d'origine sébacée : glandes néoformées, adénomes, kystes, miliums, comédons, d'où divers types de nævi quand ces lésions sont congénitales et primitives. Tel n'est point le cas pour plusieurs prétendus nævi de l'appareil sébacé. Dans les travaux qui les concernent il arrive même que des causes patentes figurent, et que leur rôle soit négligé ou travesti. Une étude d'ensemble de ces hyperplasies localisées non næviques n'est donc pas inutile. En nous introduisant dans un des chapitres les plus délaissés de la dermatologie, elle groupera des faits que l'anatomie, l'étiologie et la clinique sont d'accord pour rapprocher.

Quelques points préliminaires dominent le sujet.

Tout d'abord, comme on le sait, la répartition des éléments sébacés est très inégale. En énorme prédominance au cuir chevelu, ils deviennent plus rares ou même absents en d'autres points, et leur volume en rapport direct avec leur densité régionale accuse encore cette inégalité. Il s'ensuit que si une influence quelconque agit sur leur ensemble, ce ne sera jamais selon une diffusion homogène, et que de grandes prédominances régionales s'accuseront obligatoirement.

Un second point est la signification des cellules sébacées. On sait qu'elles représentent avec les cellules cornées l'un des deux aboutissements possibles de l'involution normale de l'épiderme. Les glandes qu'elles constituent ne sont donc point de vraies glandes : elles en forment elles-mêmes le produit de sécrétion quand leur involution les a conduites jusqu'à leur mort. Or le développement excessif d'un processus d'involution est en soi un phénomène atrophique, même si des apparences tumorales en résultent, et il peut ici se relier à d'autres phénomènes atrophiques, ainsi que nous le verrons.

Enfin on ne saurait aborder les néoformations d'origine sébacée sans une vue claire de leur point de départ possible. Il est logique de le croire folliculaire, et il peut même l'être sans qu'aucune connexion avec un follicule soit décelable, car des résorptions ont pu intervenir. Il peut aussi se faire dans des glandes non folliculaires, comme il en existe à l'état nor-

Publication périodique mensuelle.

mal, même dans les régions pileuses, et, à plus forte raison à l'écart de tout follicule. Il faut enfin savoir que, sous diverses influences, des formations glandulaires peuvent naître directement aux dépens de l'épiderme : de nombreux auteurs l'ont noté (1), et, comme nous le verrons, l'expérimentation l'a vérifié. Ceci implique que les cellules épidermiques demeurent capables de s'orienter dans le sens corné ou sébacé sans prédestination à l'une de ces deux formes, et que le point de départ d'une néoformation sébacée n'est donc pas forcément une formation sébacée normale et préexistante.

A ce que ces faits suggèrent s'oppose une thèse fort répandue, celle de Cohnheim (2), d'après laquelle le rôle des irritations locales serait simplement de mûrir et d'extérioriser des germes folliculaires hétérotopiques groupés en certains points. Ainsi faudrait-il considérer comme des nævi tardifs diverses néoformations apparues sous l'influence des causes les plus manifestes, et c'est ce que divers auteurs n'ont pas manqué de faire. Mais, quand la lésion est strictement restreinte au siège d'une irritation localisée, sa bordure devrait alors contenir des germes folliculaires, et ceux-ci seraient reconnaissables, car leur structure n'est pas mystérieuse. Il est presqu'inutile de dire que les nombreuses recherches faites dans ce sens n'ont jamais abouti. Cette adaptation à un sujet d'un autre ordre des vues antérieures de Malassez sur les restes adamantins mène trop souvent à présenter comme næviques des lésions acquises et ainsi à négliger leurs causes véritables.

Ces causes, parfois manifestes, nous permettront d'isoler un certain nombre de formes qu'on peut qualifier de *secondaires*. Dans quelques cas, par contre, les causes demeurent plus abstruses : le syndrome se présente alors comme *primitif* et ne peut être isolé que grâce à son allure clinique. Nous envisagerons successivement ces deux éventualités.

I. — LES HYPERPLASIES APPARAISSENT COMME SECONDAIRES

Les causes déterminantes peuvent en être *extrinsèques*, c'est-à-dire dépendantes d'agents extérieurs. Elles peuvent être aussi *intrinsèques*, liées à une condition générale ou locale du sujet lui-même.

(1) Le fait a été constaté par Letulle et Lapersonne dans un adénome sébacé des glandes meibomiennes (*Ass. fr. pour l'étude du cancer*, t. **12**, p. 528, 1923), puis par Van der Walk (*in eodem*, t. **13**, p. 465, 1924). Des tumeurs et adénomes divers ont donné lieu avant et après aux mêmes constatations de la part notamment de Giorgi, Hoffmann, Pasini, Krainz, Mayr, Painner. Kyrle a vu le même fait dans le rhinophyma.

(2) *Allgemeine Pathologie*, Berlin, 1882. Il admet même que ces germes peuvent se développer sous l'influence d'une « puissance immanente ». Sans doute a-t-il en vue le *deus ex machina*.

Causes extrinsèques.

C'est dans la mesure où leurs effets sont localisés qu'elles nous intéressent ici.

Influences physiques

Leur aptitude commune à faire naître les divers types d'hyperplasie de l'appareil sébacé ressortira de l'examen des faits.

Hyperplasies des glandes sébacées. — *Des frictions et raclages répétés* peuvent produire expérimentalement ces hyperplasies comme l'a montré Ribbert (1) sur la peau de l'oreille du lapin. Gurewitch (2) puis Misurni (3) confirmèrent ces résultats.

Les *brûlures* ont-elles la même action provocatrice ? Une brûlure du cuir chevelu chez une jeune fille fut suivie de l'apparition à la même place d'hyperplasies glandulaires en groupe. Ceci semble concluant, en dépit des deux auteurs germaniques qui, en exposant le cas, le donnent comme nævus (4).

Groupements de comédons. — Ils objectivent souvent le rôle et le siège d'influences physiques, *pressions, frottements, traumatismes répétés.* Un exemple net en est l'acné sternale des cordonniers, dont parle Frei (5). Le frottement du col peut se marquer par deux stries de comédons (Blaschko) (6). Identique est le rôle de la coiffure dans l'acné du front chez l'enfant (R. Crocker) (7).

Kystes sébacés. — Certains dépendent d'influences semblables. Des *pressions répétées* peuvent les susciter comme le signalait Rayer (8) dès 1835. Nous-même en avons vu récemment deux cas typiques : un jeune musicien préparant un concours était gêné par un kyste sébacé apparu depuis quelques mois juste au point où appuyait la mentonnière de son violon. Chez un jeune homme également nous avons vu une strie abdominale de comédons et de petits kystes sébacés marquant exactement l'empreinte d'une ceinture ; par ailleurs quelques éléments d'acné, mais très discrets. Les frottements répétés, les traumatismes peuvent agir de la sorte (Darier).

(1) *Arch. f. Entwicklungs Mechanik der Organismen*, t. **18**, p. 578, 1904.
(2) *Thèse* de Berlin, 1920.
(3) *Virchow's Archiv*, t. **197**, cahier n° 3.
(4) Troisième observation d'Arzt et Kumer, *Arch. f. Derm.*, t. **148**, p. 323, 1925.
(5) Discussion du cas de brûlures de nævus sébacé, *Zentralbl.*, t. **37**, p. 781, 1931.
(6) *Arch. f. Derm.*, t. **123**, p. 243, 1916.
(7) *The Lancet*, avril 1884.
(8) *Traité théorique et pratique des maladies de la peau*, 2e éd., t. **73**, p. 716.





Fig. 1 et 1 *bis*. — Kystes sébacés et épithéliomas multiples d'origine traumatique (Touraine).

Le malade de nos figures 1 et 1 *bis* en est la preuve. Constellé de fragments de terre par l'éclatement d'une grenade pendant la guerre de 1914, il vit ensuite apparaître sur lui une multitude de kystes sébacés dont chacun contenait une minime particule de terre (1).

Milium. — Ici les documents sont plus nombreux. Son apparition après des *traumatismes* est signalée par Cederkreutz, Lomholt (2), Kissmeyer (2).



Fig. 2. — Poussée de kystes épidermiques sous l'influence des rayons X à grande pénétration (Sézary).

N.-B. — Il semble bien s'agir de milium.

(1) *Bulletin de la Soc. fr de Dermatologie*, février 1947. Ce malade fut présenté par M. Touraine, que nous remercions de nous avoir autorisé à en reproduire les photographies.

(2) *Soc. danoise de dermat.*, t. **21**, 1931 ; *Zentralbl.*, t. **40**, p. 31, 1932, et 3 octobre 1934 ; *Zentralbl.*, t. **49**, p. 481, 1934

Le cas de Veiel s'était développé 5 à 6 semaines après une excoriation traumatique des joues. On connaît d'autre part le milium des *brûlures*. Enfin, après des *irradiations* pour acné, un cas de milium calcifié a été signalé par Traub (1). Notre figure 2 donne un cas analogue observé par Sézary. Si malaisé soit-il de séparer ces cas du milium des cicatrices dont nous parlerons plus loin, il est indéniable que la nature de l'agent causal intervient dans leur production.

Influences d'ordre chimique

Diverses substances agissant à la surface de la peau nous fournissent des cas parallèles, mais ici l'ostium du follicule est le plus directement exposé, d'où la fréquence des comédons.

Comédons. — Ils caractérisent l'acné *chlorique*, celle des manipulateurs de *poix*, de *pétrole*, de *goudron*, etc., que nous ne citons que pour mémoire, car leur action ne se limite guère à une petite surface (2).

Il n'en est point de même des *brillantines falsifiées* actuelles. Chacun connaît, depuis le travail de Garnier (3), les réactions aiguës ou torpides qu'elles occasionnent, et la longue survivance à la cessation de leur emploi des comédons qui les traduisent.

Des substances plus anodines peuvent avoir même effet. Ainsi en fut-il pour l'usage répété chez un enfant de *cataplasmes de farine de lin* (R. Crocker (4).

Kystes sébacés. — Ils peuvent apparaître dans semblables conditions, comme Martinotti (5) en signale un cas à la suite d'une dermatite intense par agents externes.

Milium. — A notre connaissance, l'irritation chimique n'en a pas été rendue responsable. La question nous paraît se poser néanmoins à propos de certaines crèmes et de certains fards.

Enfin, des **hyperplasies glandulaires sébacées** simples peuvent apparaître éventuellement sous l'influence de certains *rouges pour lèvre*, et il peut en être ainsi en pleine semi-muqueuse, c'est-à-dire dans une région où toute glande sébacée normale fait défaut. On voit alors, après un stade d'inflammation locale, ces glandes néoformées constituer un ourlet jaunâ-

(1) *New-York dermat. Soc.*, 28 mars 1933 ; *Arch. of Derm.*, t. **28**, p. 597, 1933.
(2) Oppenheim admet 3 stades dans l'évolution de certains stigmates cutanés professionnels : 1° début prolongé avec érythème, pigmentation et hyperkératose ; 2° stade intermédiaire avec cornes cutanées et hypertrophie des glandes sébacées ; 3° dernier stade de cancer papillaire ou ulcéré (Oppenheim, Rille et Ullmann, *Die Schädigunden der Haut durch Beruf. u. Gewerbliche Arbeit*, Leipzig, 1922).
(3) *Bulletin Soc. Derm.*, mars 1944, p. 84.
(4) *The Lancet*, avril 1884.
(5) *Bull. Soc. Med.*, Bologne, 1921.

tre à la limite du bord rouge. Ainsi en était-il dans le cas de MM. Touraine et Soulignac (1), et nous-même avons pu établir des diagnostics rétrospectifs d'après de tels ourlets.

Causes intrinsèques.

Elles comprennent des altérations cutanées localisées de causes diverses, et, d'autre part, des causes générales.

1° Les hyperplasies sébacées au cours des altérations cutanées localisées

Nous les envisagerons successivement en relevant les altérations cutanées capables de les produire. Ainsi en est-il des déterminations cutanées de diverses maladies et de divers troubles cicatriciels ou atrophiques.

A. — **Déterminations cutanées de diverses maladies.**

Comédons. — Comment le *lichen plan* a-t-il pu donner lieu à des confusions en matière de nævus comédonien ? Reportons-nous à la description princeps donnée par Hallopeau (2) du lichen plan atrophique en 1887. Les taches blanches, d'aspect cicatriciel qui le traduisent sont, écrivait cet auteur, « remarquables par la présence de dépressions punctiformes... entourées d'une légère saillie épidermique ». Brocq ajoute : « Les dépressions punctiformes prennent parfois l'apparence de grains comédoniques figurant de petits points cornés, jaunâtres ou brunâtres, déprimés ou saillants » (3).

Si donc un malade présente, disséminées sur le corps, des plages de taille inégale, semées de comédons, fussent-elles à disposition zoniforme, il faut, avant de porter le diagnostic de nævus acnéiforme, chercher avec soin la présence d'éléments de lichen plan. Dans le cas de Bettmann (4), où, d'ailleurs, une aire lichénifiée avait été découverte, le malade fut revu au bout de 3 ans avec une éruption typique de lichen plan. Mais la cause incriminée n'en demeura pas moins nævus : le lichen avait seulement révélé « la surabondance de dépôts folliculaires », en complicité avec « la fermeture des plis fœtaux » ! Ajoutons que, dans ce cas suggestif, de petits kystes sébacés existaient sur la poitrine, et que des traînées de glandes sur la muqueuse jugale furent interprétées comme maladie de Fox-Fordyce. Presque superposable est un cas décrit par Bernucci (5) comme

(1) *Bull. Soc. Derm.*, vol. **44**, p. 78, 1937.
(2) Cité par Brocq : voir plus loin.
(3) *Précis-atlas de pratique dermatologique*, Doin, 1921, p. 782.
(4) *Arch. f. Derm.*, t. **80**, p. 63, 1906.
(5) *Arch. ital. Derm.*, t. **6**, 26 septembre 1931.

« nævus achromique linéaire avec comédons ». Mais ici, outre le lichen plan généralisé, les comédons qui parsemaient les taches s'accompagnaient de saillies ayant l'aspect de grains de sagou, et qui étaient des glandes sébacées hyperplasiées. Bref, ces deux cas objectivent le fait que l'évolution d'un lichen plan peut s'accompagner de l'apparition de groupements d'éléments d'origine sébacée, comédons, hyperplasies glandulaires ou kystes sébacés.

Le *zona* peut aussi provoquer des groupements localisés de comédons et un cas de Blaschko (1), décrit comme *acné zostériforme*, nous semble le type du genre. Il s'agissait d'une série de groupes comédoniens de taille inégale échelonnés en écharpe sur le côté gauche du thorax dans le domaine de D_7. « J'étais tenté, dit Blaschko, d'en faire un nævus acnéiforme. Mais, un semestre auparavant, le malade avait eu un zona. C'est à la suite du zona que s'étaient développés les comédons ». Remarquons que ceux-ci n'atteignaient, dans le territoire nerveux intéressé, que le siège de l'éruption antérieure : ils dépendaient donc de la dermatose en tant que telle, et non pas de la radiculite.

Adénomes glandulaires. — Dans une des observations de *lichen* précitées, des hyperplasies des glandes sébacées accompagnaient les comédons. On a vu d'autre part des groupes d'hyperplasies glandulaires suivre une *variole* (Caspary), se concentrer d'une manière dense sur la cicatrice d'une *revaccination*, au point d'être interprétés comme nævus sébacé unilatéral par l'auteur qui signale ce cas (2). Enfin, dans un *pityriasis rubra pilaris*, nous avons vu des hyperplasies sébacées nombreuses se concentrer sur la zone de décolleté habituel, un peu atrophique (3). Il est probable qu'ici la dermatose et le hâle avaient ajouté leurs effets.

Des cas semblables sont sans doute bien moins rares que les publications qui les mentionnent, l'apparition de quelques verrucosités ou de quelques comédons après une maladie parfois sérieuse n'étant guère de nature à frapper l'attention.

Kystes sébacés. — Dans les cas où l'hérédité n'est pas en jeu on ne s'arrête guère à leur étiologie, et les dermatoses qui ont pu intervenir sont bien rarement relevées. La fréquence de leur action ne saurait donc être appréciée, mais son existence éventuelle est hors de doute. On a vu des diffusions de tels kystes accompagner une poussée de *psoriasis* (Schwoner) (4), suivre un *érysipèle* (Behrend) (5). Enfin le cas de *lichen* dont nous avons parlé d'après Bettmann qui veut y voir un nævus comédonien, comportait la présence sur la poitrine de petits kystes non tendus et expressibles.

Milium. — On le rencontre dans diverses dermatoses bulleuses. L'une d'elles, l'*épidermolyse bulleuse héréditaire* lui doit son second nom, celui

(1) *Arch. f. Derm.*, t. **123**, p. 243, 1916.
(2) Selisky. *Derm. Wochenschr.*, t. **86**, vol. **2**, 18 août 1928, p. 1147.
(3) Touraine et Solente. *Bull. Soc. Derm.*, t. **40**, p. 575, 1933.
(4) *Soc. derm. Vienne*, 6 juin 1918, *Arch. f. Derm.*, t. **125**, p. 605, 1920.
(5) Cité par Saalfeld dans le *Traité de dermatologie de Jadassohn*, t. **12**, p. 149.

de *pemphigus successif à kystes épidermiques*. Mais on a pu le voir dans la *dermatite de Duhring* (Brocq) (1), les *pemphigus chroniques* (Hebra), ou même *aigus* (Behrend, Allgeyer) (2).

D'autres dermatoses lui donnent parfois lieu : l'*érythrodermie arsenicale* (Riehl jun.) (3), l'*impétigo* (Nobl) (4), l'*eczéma* (Cederkreutz, Lomholt). Il en est de même de certaines affections localisées, l'*érysipèle* (Kaposi) (5), les *syphilides tertiaires* (Unna), le *lupus vulgaire* (Brocq), *érythémateux* (Civatte).

B. — **Lésions cicatricielles ou atrophiques.**

Comédons. — Il peut s'en former sur des cicatrices, mais pour cela, dit Bolle (6) : « les cicatrices doivent avoir une structure et un siège très déterminés. Ainsi nous avons récemment observé un cas de cette sorte, avec formation d'une cicatrice inguinale (vraisemblablement à la suite de lymphogranulome) : les comédons faisaient défaut dans le centre, profondément cicatriciel, et dans la bordure périphérique, légèrement atrophique, mais existaient par contre, très nets et très typiques, dans la zone intermédiaire ». Retenons cette remarque : toute atrophie, toute cicatrice ne conduisent pas forcément à des altérations objectives de l'appareil sébacé, et leur aptitude à les faire éclore est très inégale.

En revanche ces altérations sont parfois tenaces quand elles trouvent un terrain propice. Un cas de Mayr (7), allégué partout comme nævus comédonien, en fournit un exemple typique : il s'agissait, chez une jeune fille, d'une traînée cervicale dure, existant depuis l'enfance, et semée de nombreux comédons : une ablation chirurgicale fut faite, et, plusieurs mois après, de nouveaux comédons apparurent dans la cicatrice.

Rien ne s'oppose d'ailleurs à ce qu'une atrophie cutanée congénitale se comporte à ce point de vue comme une cicatrice ou une atrophie acquise. Ainsi en fut-il chez l'enfant observé par Bolle (6), et né avec quelques petites taches blanches du côté droit du visage. « D'après la déclaration très précises de la mère, les taches blanches s'effacèrent après la première année, et firent place à des dépressions... Alors les points noirs (comédons) en question n'existaient pas encore. Ceux-ci se développèrent seulement au cours de la 3e année ». L'examen, fait à l'âge de 5 ans, montra une série de dépressions atrophiques semées elles-mêmes de petits enfoncements d'où émergeaient des comédons. Notre figure 3 donne le même aspect.

Hyperplasies des glandes sébacées. — On peut répéter à leur sujet la remarque faite pour les comédons. Toute plaque cicatricielle ou atrophi-

(1) *Maladies de la peau*, p. 605, 1890.
(2) *Arch. f. Derm.*, t. **47**, p. 369, 1899.
(3) *Zentralbl.*, t. **41**, p. 366, 1932.
(4) *Soc. derm. Vienne*, 22 juin 1933 ; *Zentralbl.*, t. **46**, p. 411, 1933.
(5) *Lehrbuch der Hautkrankheiten*, p. 372.
(6) *Arch. f. Derm.*, t. **157**, p. 302, 1929.
(7) *Arch. f. Derm.*, t. **141**, p. 159, 1922, cas 1.

que n'est pas également propice à leur développement, mais, quand elle s'y prête, leur ténacité est parfois comparable à celle des chéloïdes. Un cas d'adénome sébacé du cuir chevelu récidiva deux fois après exérèse, avec conservation de la bénignité en dépit des récidives (Colgaris) (1). Identique est le cas publié par Audry (2) chez un homme qui, après une blessure de la joue droite, présente une néoformation indéterminée enlevée chi-



Fig. 3. — Nævus comédonien (Brocq).

rurgicalement : Deux ans après apparut *in situ* une plaque quadrangulaire farcie de petits tubercules qui étaient d'énormes glandes sébacées mêlées de quelques formations kystiques. Divers auteurs ont voulu voir dans ce cas un nævus sébacé bien qu'Audry lui-même l'ait publié comme adénome.

Ici comme pour les comédons, il n'est pas exclu qu'une atrophie congénitale puisse se comporter comme une atrophie acquise. C'est ainsi que la patiente de Forman (3) présentait une alopécie diffuse du vertex ayant

(1) *Arch. ital. anat. i istol. path.*, t. **8**, p. 638, 1938.
(2) *Ann. derm.* 1903, p. 563.
(3) *Proc. roy. Soc. med. sect. derm.*, t. **26**, n° 4, p. 35, avril 1933.

débuté à 17 ans, et un adénome sébacé du même territoire ayant débuté deux ans plus tard. Les deux malformations se transmettaient héréditairement dans sa famille.

Kystes sébacés. — L'épiderme recouvrant les kystes sébacés présente souvent une atrophie discrète. Elle est due au kyste lui-même, mais peut-être pas en totalité, et sans doute faudrait-il dans une certaine mesure renverser les rôles. En effet cette même atrophie est un satellite fréquent des autres proliférations que nous venons d'étudier. Souvent aussi des kystes ou du moins des ébauches kystiques les accompagnent (1), ce qui suppose une parenté étiologique (2). Que dire enfin de l'analogie de comportement ? La récidive obstinée après exérèse de certains groupements adénomateux ou comédoniens a son équivalent dans la ténacité de certains kystes. Graham Little (3) cite un cas de kystes multiples récidivant depuis l'enfance en dépit d'une intervention. Dans un cas observé par nous de loupes multiples et familiales du cuir chevelu, l'une des tumeurs avait, d'après la malade, subi deux exérèses suivies chacune de récidive.

Milium. — Le milium des cicatrices est fréquent, et trop connu pour que nous insistions. Son point de départ serait pour Unna l'appareil sébacé. Il prend parfois un type spécial, et peut former de véritables conglomérats succédant à un traumatisme (Lomholt, Kissmeyer).

Comme les adénomes ou les comédons, auxquels il peut d'ailleurs s'associer, le milium peut aussi dépendre d'atrophies congénitales. Ainsi une éruption de centaines d'éléments de milium couvrait-elle la face, le cuir chevelu et les extrémités d'une fillette atteinte d'*ectodermal defect* avec agénésie pilaire (Sweitzer) (5). De même un semis de milium était répandu sur les nævi achromiques tardifs du visage de la malade de Gaté, Michel et Freidel (6).

Le milium vrai se distinguerait de ces formes. Ce serait un nævus en soi, et tout s'y bornerait aux perles blanchâtres spécifiques. Nous avons pour notre part toujours vu la peau avoisinante porter par sa teinte, sa consistance ou ses rides les marques d'un état sénile, le plus souvent prématuré. De plus, le milium du nouveau-né étant toujours résolutif, on est en droit de trouver singulière cette sorte de nævus qui n'agirait jamais qu'à retardement.

(1) Ainsi en était-il pour l'adénome sébacé récidivant d'Audry que nous venons de citer et pour le groupe tenace de comédons dont nous avons résumé l'observation d'après Mayr.

(2) On a vu aussi un adénome sébacé se développer aux dépens de la paroi d'un kyste (Kerl : cité par Martinotti).

(3) *Proc. roy. Soc. sect. of Derm.*, t. **25**, p. 125, 17 mars 1932.

(4) Dans le cas de Pillsbury qui semble concerner un ectodermal defect incomplet, de nombreux éléments de milium s'entremêlaient de comédons.

(5) *Minnesota derm. Soc.*, 7 décembre 1932 ; *Arch. of Derm.*, t. **27**, p. 1027, juin 1933.

(6) *Bull. Soc. Derm.*, t. **41**, p. 152, 1934.

C. — Hyperplasies sébacées localisées et influences d'ordre général.

Les troubles les plus localisés de fonctionnement ou de structure du système sébacé peuvent dépendre de causes générales, soit que, trop faibles par elles seules pour s'extérioriser, celles-ci n'y parviennent qu'en des places limitées et grâce au concours de conditions locales, soit que l'atteinte du système régulateur n'ait lieu qu'à un échelon extrême, préposé par conséquent à un secteur limité. L'existence d'un tel système est à conclure du rôle important joué par le sebum, dont la sécrétion, en limitant la perspiration insensible, concourt à la régulation thermique. L'observation expérimentale et clinique confirme d'ailleurs une telle déduction, en montrant l'action à ce point de vue du système nerveux autonome et de certaines glandes endocrines. Arloing a mis en évidence ce rôle nerveux : en tétanisant le sympathique cervical de l'animal, il a pu activer la sécrétion sébacée de l'oreille correspondante. Cette action spéciale suppose un centre qui la règle, et qui, pour Strefler, se trouverait dans le noyau lenticulaire ou la paroi du 3e ventricule.

La clinique n'a pas encore exploité ces notions. Par contre, c'est grâce à elle que nous connaissons l'influence des glandes endocrines, et surtout génitales, sur le système sébacé. Elle est dominante, mais se mêle souvent inextricablement aux effets de l'âge.

Voici quelques exemples :

Chez le nourrisson dont on connaît la poussée sexuelle avec sécrétion mammaire peuvent apparaître certaines formations *glandulaires* ou *comédoniennes* (1) absentes à la naissance, et qualifiées de nævus avec plus ou moins d'apparence. Quant au *milium* du visage apparu à cette période, il est connu, et, nous l'avons dit, spontanément régressif.

Dans la **période juvénile**, âge d'activité maxima des glandes sexuelles, on peut voir éclore des troubles d'ordre sébacé parfois localisés. Notons-en quelques-uns :

Les groupes d'*hyperplasies sébacées* de la muqueuse buccale qualifiées *maladie de Fox-Fordyce* et constamment absents chez le nourrisson (2) apparaissent volontiers à partir de la puberté. Comme pour le milium on veut en faire des nævi exclusivement tardifs, ce qui ne laisse pas d'être étrange, mais moins pourtant que le trajet bizarre de germes folliculaires désorientés que suppose cette conception. Il est probable qu'ici des irritations locales ajoutent leur action aux influences endocriniennes, et qu'il en est de même pour les groupes de glandes sébacées constatés parfois sur la muqueuse vulvaire.

Le *milium* vrai du visage apparaît souvent alors, qu'il se rattache ou non à une affection héréditaire à type dominant comme c'est parfois le cas dans les formes à nombreux éléments. On décrit d'autre part un *nævus*

(1) Ainsi du moins conclut Menningen d'après l'examen de 200 sujets (*Thèse* de Fribourg, 1933).

(2) Robinson. Infantile acne. *New-York Ac. of Med. sect. of derm.*, *Zentralbl.*, t. 40, p. 67, 1932.

à milium ou *nævus miliosus*, considéré comme de la plus extrême rareté. Notons que le cas donné comme tel par Oppenheim malgré la présence de petites cicatrices entre les éléments et une disposition symétrique n'avait débuté qu'à l'âge de 21 ans.

Il n'est pas rare d'ailleurs que l'éclosion de *groupes glandulaires ou comédoniens* allégués à tort ou à raison comme næviques ait lieu à la période d'activité des glandes sexuelles. En revanche, et c'est là un paradoxe non encore résolu, chez la femme, des diminutions de la fonction génitale (aménorrhées, métrites) peuvent se traduire par une acné localisée du menton, comme l'école française et Thibierge notamment l'ont depuis longtemps remarqué.

Les *kystes sébacés* enfin obéissent à la loi commune. Pour Siemens (1) leur âge d'apparition moyen serait 28 ans pour les formes familiales et 25 pour les autres. Malgré cela, leur répartition éventuelle sur un territoire restreint a pu contribuer à les faire considérer comme næviques par certains auteurs.

Enfin dans les **périodes présénile et sénile** (2) se voient également des formes assez spéciales de malformations sébacées, ayant une tendance plus nette à se localiser. Le type en est la forme décrite par Hirschfeld, et décrite plus bas. La tendance à la dégénérescence cancéreuse y existe nettement et la diminution des fonctions y ajoute ses effets à ceux de l'involution sénile de la peau.

Les glandes génitales ne sont d'ailleurs pas seules à influer sur le système sébacé. Le même paradoxe d'action que nous avons vu pour elles à ce sujet existerait pour le *corps thyroïde*, à s'en rapporter aux cas de Robinson (3) et de Fraccari (4). Le premier a vu les kystes s'accompagner d'un abaissement marqué du métabolisme basal : un traitement thyroïdien arrêta les poussées kystiques. Le second a noté l'augmentation de la sécrétion sébacée dans certains cas de maladie de Basedow.

L'*hyperglycémie* peut être à incriminer comme l'a noté Fraccari. Le même auteur suppose aussi une action du mode du *métabolisme des graisses*. Enfin l'*hypophyse* est mise en cause par Bloch.

II. — LES HYPERPLASIES SE PRÉSENTENT COMME PRIMITIVES

Contrairement à ce que nous venons de voir, les hyperplasies localisées de l'appareil sébacé peuvent, dans certains syndromes, assumer le premier rang. Quelques-uns méritent d'être ici rappelés.

Acné vermoulante. — La maladie rare décrite sous ce nom par Besnier et Thibierge, et par Darier sous celui d'*atrophodermie vermiculée* débute

(1) *Arch. f. Derm.*, t. **144**, p. 175, 1923.
(2) Lisi. *Giorn. ital. de Dermat.*, t. **2**, p. 1325, 1932.
(3) *Arch. of Derm.*, t. **29**, p. 461, 1934.
(4) *Giorn. ital. di Derm.*, t. **78**, p. 979, 1936.

habituellement dans la seconde enfance et atteint les deux joues d'une manière symétrique. D'après les auteurs anglo-saxons qui la décrivent sous le nom de *folliculite ulérythémateuse réticulaire* (Mc Kee et Parounagian), elle débute par un érythème qui, sans ulcération intermédiaire, aboutit à la formation d'un réseau de rigoles atrophiques avec présence facultative de comédons ou de milium (des ébauches de kystes de rétention sont en outre visibles à l'examen histologique).

Or, les auteurs français voient les choses autrement. Il semble à les lire que les comédons soient la clef de la question. Ils insistent sur leur groupement en plaques et sur l'aspect de morceau de bois rongé par les vers qui succède à leur expulsion. Celle-ci laisse « de petits trous qui deviennent confluents et forment des sortes de fossés ou de ravins tortueux » (Brocq). De cette image pittoresque vient le nom de la maladie, mais c'est sans doute aller trop loin que d'en vouloir également tirer la pathogénie. Les comédons ne représentent ici qu'une des modalités possibles et non obligatoires du processus atrophique. Ils sont un effet et non pas une cause.

L'évolution est indéfinie. Cette curieuse affection a fait l'objet de diverses confusions, relevées par Sweitzer et Winer (1), avec les nævi comédoniens. Quelques auteurs vont encore plus loin et veulent classer parmi les nævi la maladie elle-même. Certains de ses symptômes s'y opposent pourtant d'une manière péremptoire, et tels sont son apparition constamment tardive, sa symétrie d'un côté à l'autre, son défaut de limitation nette, enfin son allure évolutive, et évolutive à transformation, puisqu'elle passe de l'érythème à l'atrophie.

Comédons groupés (grouped comedons). — Ils ont été décrits chez l'enfant par Colcott Fox en 1882. Ils semblent contagieux et frappent tous les enfants d'une même famille, mais des cas isolés existent aussi. Le début se fait de part et d'autre du front, vers le milieu de chaque sourcil. Les plages se joignent, gagnent les joues et parfois le cuir chevelu, mais sans dissémination. L'éruption est disciplinée, mais non disséminée. Telle est du moins la description princeps (2), confirmée par R. Crocker, J. Caesar et Mackenzie. M. Sézary a récemment rattaché quelques cas à cette maladie (3).

Hyperplasies sébacées localisées type Hirschfeld (4). — Cette lésion est loin d'être exceptionnelle surtout chez l'homme, dans la période sénile ou présénile. Elle siège au visage, habituellement au front, parfois au nez ou aux joues, mais sa disposition n'est jamais ni linéaire, ni symétrique. Elle consiste en un groupe de papules (12 à 40 au plus) plates, fermes,

(1) *Arch. of derm.*, t. **26**, octobre 1932, p. 694.
(2) *The Lancet*, avril 1888. Suivent dans le même journal une série de publications sur le sujet. Wetherell, 26 janvier 1889. La thèse de Bauiigny (*Acné ponctuée chez l'enfant*, Paris, 1899) met au point la question en France.
(3) Une autre maladie, la kératose folliculaire contagieuse de Brooke, agit de même. L'évolution sébacée de l'une fait pendant à l'évolution cornée de l'autre.
(4) *Arch. f. Derm.*, t. **72**, p. 25, 1904.

légèrement saillantes et nettement limitées, de taille inégale (tête d'épingle à lentille), polygonales ou irrégulièrement arrondies, parfois ombiliquées, de teinte blanc jaunâtre ou brunâtre. Elles sont formées d'une masse de grosses glandes et peuvent s'accompagner de comédons ou d'éléments décelables histologiquement comme petits kystes de rétention ou éléments de milium (Nomland) (1). Nous donnons un exemple de ces deux variétés (fig. 4 et 5).



Fig. 4. — Comédons symétriques du pourtour orbitaire (Brocq).
N.-B. — Remarquer également quelques hyperplasies sébacées visibles sur la planche.

Pour Hirschfeld, ici, l'hyperplasie des glandes sébacées domine tout : elle est pure. Il note pourtant lui-même ici certains signes histologiques d'atrophie cutanée : aplanissement du corps papilaire, absence des arrecteurs, rareté des glandes sudoripares, groupements en pelotons du tissu élastique. D'autres auteurs relèvent la coïncidence avec d'autres troubles : rosacée, séborrhée huileuse, modifications imprimées par le hâle et le soleil dites par les Allemands « peau de marin ».

(1) *Arch. of Derm.*, t. **22**, p. 1004, 1930.



Fig. 5. — Milium de la paupière supérieure et adénomes sébacés de la région sous-orbitaire (L. Lortat-Jacob).



Fig. 6. — Milium (Giraudeau).
N.-B. — Remarquer l'aspect présénile de la peau.

Hirschfeld, au sujet de cette dermatose soulève, sans trancher, l'hypothèse de nævus tardif. C'est celle que retient Gans (1) qui classe cette forme avec les nævi sébacés. Nous y voyons pour notre part une involution localisée à type sébacé, une *sébose sénile*, opposable aux *kératoses et verrues séniles* et pouvant à l'occasion évoluer vers le cancer (2).

De cette forme type on peut rapprocher d'autres aspects, plus nettement tumoraux (Brocq), moins circonscrits (Puente), moins électivement glandulaires (Ajello) (3). Notons en passant que le cas de cet auteur comportait des kystes folliculaires histologiques.

Comédons séniles ou préséniles. — Ils peuvent s'associer au type précédent, comme chez un de nos malades, âgé de 62 ans, et chez qui des groupes comédoniens recouvraient symétriquement l'apophyse malaire du nasal, avec un peu d'essaimage sur les tempes. Quelques éléments papuleux de teinte vieil ivoire disposés au voisinage des groupes donnaient ici la signature du type Hirschfeld. Mais les comédons peuvent aussi être isolés, comme dans le cas 2 de Thin (4), où ils formaient des groupes symétriques siégeant sur les régions malaires, les tempes et en arrière des ailes du nez. Des cas de cette sorte ne sont pas rares, habituellement plus limités, nous semble-t-il. Aussi demeure-t-on rêveur, à lire qu'une forme semblable, prédominant sur le nez et les joues et ayant débuté à l'âge de 40 ans fut donnée comme nævus à la Société autrichienne de dermatologie (5).

Ces formes ont des homologues dans le domaine des autres hyperplasies sébacées.

Milium. — Le milium pré-sénile est fréquent, mais son territoire est d'habitude limité. Ce n'est que par grande exception qu'il peut assumer une diffusion considérable comme dans le cas de Bechet (6).

Nous figurons ici un cas de milium dit banal chez une femme encore jeune. Or l'aspect présénile de la peau environnante est évident même sur la photographie (fig. 6).

Kystes sébacés. — Nous avons vu que le type Hirschfeld pouvait en comporter des ébauches : mais, d'habitude, leur âge d'apparition n'est noté que pour les formes diffuses.

La dégénérescence de ces kystes n'est pas exceptionnelle. Pour Stone Merlin et A. Abbey (7), ils représentent des lésions précancéreuses qui doi-

(1) *Histologie der Hautkrankheiten*, Berlin, vol. **2**, p. 255, 1928.
(2) Cas notamment de Gavazzani (*Arch. f. Derm.*, t. **92**, p. 313, 1908) et de Pick (*Arch. f. Derm.*, t. **58**, p. 201, 1901).
(3) *Riforma medica*, t. **15**, vol. **3**, n° 60.
(4) *Lancet*, 13 octobre 1888.
(5) Séance du 16 janvier 1936, *Zentralbl.*, t. **51**, p. 143, 1939.
(6) *New-York derm. Soc.*, 15 décembre 1931, *Arch. of Derm.*, t. **25**, p. 1172, 1932.
(7) *Arch. of Derm.*, t. **31**, p. 512, 1935.

vent être enlevés, et largement, s'ils s'ulcèrent ou récidivent. D'après ces auteurs leur transformation apparut dans 3,4 o/o des 236 cas de Caylor, 9,2 o/o des 119 cas de Bishop, 2,2 o/o des 363 cas des auteurs de cette étude.

Ces statistiques portent sur l'ensemble des kystes sébacés. Sans doute le pourcentage serait-il bien plus fort si les formes séniles ou préséniles en avaient seules fait l'objet.

Dégénérescence cancéreuse. — Les kystes ne sont pas les seules *séboses* qui soient capables de dégénérer. Il en est de même, d'après Reitmann (1), pour les hypertrophies des glandes, qu'elles soient séniles, inflammatoires, adénomateuses ou nævique.

Le type des épithéliomas à point de départ sébacé est le plus habituellement pavimenteux atypique, c'est-à-dire baso-cellulaire. Plus rarement il s'agit de formes typiques où le caractère sébacé des cellules demeure reconnaissable.

Enfin l'évolution kératosique demeure possible et des formes mixtes se rencontrent (Grynfeldt) (2).

*

* *

En terminant cette revue d'une question qui, à notre connaissance, n'avait encore fait l'objet d'aucune synthèse, nous nous permettrons quelques remarques.

Tout d'abord on sera confondu de savoir que nous en avons en grande partie puisé les éléments dans des publications concernant les nævi de l'appareil sébacé. Mais tels sont les ravages de la thèse germanique des germes folliculaires inclus et que n'importe quelle cause peut mettre au jour. Il n'est pas de lésion sébacée localisée, même de cause évidente, qu'elle ne puisse faire qualifier de nævique : c'est le *fiat carpa.*

Une seconde conclusion à tirer est la parenté réciproque des diverses altérations de l'appareil sébacé. A leur point de départ commun répond le parallélisme de leurs causes, et les ouvrages classiques ne marquent guère ces évidentes analogies non plus que celles qui établissent les faits en productions kératosiques et sébacées.

Un dernier point est la communauté du mécanisme qui suscite ces proliférations. Parmi les causes que nous avons énumérées, toutes celles dont l'action ne se limite pas strictement au follicule tendent à donner lieu à des plages d'atrophie plus ou moins discrète. Il n'est donc pas absurde de penser que, quand cette action se limite au follicule, elle demeure de

(1) *Arch. f. Derm.*, t. **99**, p. 125, 1939.
(2) *Ass. franç. pour l'étude du cancer*, t. **13**, p. 474, 1924. Nous ne parlerons pas ici de l'épithélioma adénoïde kystique ou adénome sébacé symétrique qui, comme chacun sait, est une malformation complexe.

même ordre. C'est ce que confirme l'histo-physiologie. En nous montrant dans la cellule sébacée le résultat d'un processus d'involution de l'épiderme, elle nous impose de voir dans les néoformations d'ordre sébacé le résultat de l'exagération locale de cette involution, et par conséquent un phénomène atrophique.

Enfin les faits que nous avons envisagés sont bien loin d'être tous fréquents : personne ne peut prétendre à s'en former une idée juste d'après sa seule expérience. Seul peut les mettre dans leur jour le groupement des observations particulières réduites à ce qu'elles ont de positif. Alors s'évanouiront les hypothèses téméraires, et, en particulier, ces nævi fantasmagoriques, à éclipses, à retardement, à déclanchement conditionnel ou à transformations imaginés à tout coup pour les besoins de la cause.

LE MOUVEMENT DERMATO-VÉNÉRÉOLOGIQUE EN ANGLETERRE DE 1940 A 1946 (*)

Par G. B. DOWLING
(Londres).

I. — *Maladies parasitaires.*

Pendant les années de guerre, la fréquence des maladies parasitaires parmi la population civile anglaise, dans les grandes villes, a atteint des proportions astronomiques. Il paraît extrêmement probable que cela a été dû principalement au rassemblement nocturne d'un grand nombre de gens dans les abris souterrains du métro et autres lieux semblables. L'augmentation a porté sur la gale et la pédiculose de la tête, celle du corps étant restée pendant la guerre aussi rare qu'en temps normal.

Parmi les troupes, la *pédiculose du corps* a été éliminée presque entièrement par l'imprégnation des sous-vêtements au D. D. T. ; mais on sait que les conditions du combat ont été très différentes de celles de la guerre 1914-1918 pendant laquelle l'atteinte par les poux du corps chez les soldats britanniques était la règle plutôt que l'exception.

Gale.

L'importance prise par la *gale* donna lieu à toute une série de publications qui, réunies, rempliraient un important volume. Parmi celles-ci, les travaux accumulés par Mellanby et ses collaborateurs, et qui se sont étendus sur plus de deux ou trois années, sont d'une extrême importance.

Mellanby utilisa, pour ses observations expérimentales, des volontaires, des pacifistes qui acceptèrent de se laisser infester et de permettre de suivre sur eux-mêmes le cours de la maladie.

La première série d'observations (1941) se rapporta au mode de transmission de la gale (1).

(*) Nous avons demandé au Dr Dowling, le réputé dermatologiste anglais, de bien vouloir retracer pour nos lecteurs les grandes lignes du mouvement dermato-vénéréologique en Angleterre durant les années d'épreuve qui ont entravé les si amicaux rapports scientifiques qui ont toujours uni nos deux pays. Il nous a fort obligeamment envoyé le très intéressant travail que voici. Nous l'en remercions très vivement (N. D. L. R.).

1° Des volontaires ont dormi dans des couvertures de galeux, 1 à 7 jours après leur utilisation par des malades.

2° Des sous-vêtements ont été portés 2 à 7 jours après l'avoir été par des sujets infestés.

3° Des volontaires ont couché dans des lits immédiatement après qu'ils avaient été quittés par des sujets malades.

4° Des volontaires ont porté des sous-vêtements qui venaient d'être quittés par des sujets infestés.

Parmi tous ces essais, qui se sont élevés à 53, il n'y eut que deux résultats positifs, tous deux dans le dernier groupe. Ces deux hommes furent laissés sans soins particuliers et, 2-3 mois plus tard, on les fit coucher avec des volontaires non infestés, et pour trois d'entre eux pendant 7 nuits. Ces trois volontaires furent contaminés 8, 9 et 12 jours après le début de l'expérience. Dans un quatrième cas, un volontaire a dormi pendant deux nuits dans les mêmes conditions et ne contracta pas la maladie.

Mellanby en tire la conclusion que les draps et couvertures pouvaient rarement être responsables de la transmission de la gale, mais que la contagion pouvait facilement se faire par contact avec le malade. Il observa de plus, pendant le cours de ces observations préliminaires, que les malades ne se plaignaient pas de démangeaisons avant 7 semaines après la contagion, bien que des signes d'infestation étaient toujours visibles, à un examen attentif, à une date plus précoce.

Observations sur l'efficacité de différentes formes de traitement (1942) (2).

1.000 cas furent traités par différentes méthodes où l'on estima l'efficacité du traitement par le nombre de femelles adultes vivantes qui pouvaient être trouvées après une application complète du remède. Dans le cas de la pommade soufrée, de 10 à 90 o/o étaient guéris par une simple application tandis que 100 o/o étaient guéris par la préparation de Marcussen : benzoate de benzyle à 25 o/o dans savon mou et alcool ou bien à 20 o/o dans diverses émulsions huileuses dans l'eau et aussi par le disulfure-diméthyl-diphénylène (mitigal). Les préparations de benzoate de benzyle recommandées étaient :

Benzoate de benzyle......	25 o/o		Benzoate de benzyle...	20 o/o
Savon mou	35 »	et	Cire de lanette.........	1 »
Alcool	40 »		Eau, q. s. pour........	100 »

Températures déterminant la mort ou permettant la survie des parasites (1942) (3).

Des parasites furent exposés à des températures et à une humidité connues pendant 10-30 minutes, la température étant contrôlée au 1/10° de

degré centigrade. La température déterminant la mort des parasites fut de 49° (10 minutes) — 47°5 (30 minutes). Dans des conditions de température allant de 21°-24° C., peu de parasites ont survécu plus de deux jours. A une température fraîche et humide, on trouva que la survie pouvait continuer pendant une quinzaine (13° étant la température optima pour la survie). Les expériences ont montré que tous les parasites étaient détruits dans les vêtements et les couvertures laissés à 50° C. pendant 10 minutes.

Parasitologie (1942) (4).

Les données publiées dans cet article paraissent être les premières à peu près exactes qui aient été publiées sur la population parasitaire des malades atteints de gale. Elles montrent le nombre de sarcoptes femelles adultes chez 886 soldats. Mellanby croit que par un examen très soigneux de la totalité du corps par des observateurs bien entraînés, au moins 95 o/o des parasites femelles adultes peuvent être localisés et extraits. Il est probable que le nombre d'adultes femelles est en rapport direct avec la totalité des parasites : œufs, larves, nymphes et mâles adultes, et l'observation de ce seul stade donne une indication valable sur l'activité générale des parasites. Le nombre d'adultes femelles que l'on a pu extraire est appelé « taux parasitaire ». 9.978 parasites furent identifiés sur 886 malades, donnant un taux parasitaire moyen de 11,3. 52 o/o avaient moins de 6 parasites et 3,9 o/o plus de 50. L'un d'eux en portant 511. 63 o/o des parasites étaient trouvés sur les mains et les poignets, 10,9 o/o sur la face postérieure des coudes et un plus petit nombre sur les pieds, la verge et le scrotum, les fesses et les aisselles. Il y avait peu de corrélation entre l'aspect général du malade et le taux parasitaire ; des cas avec lésions sévères de grattage ou d'infection secondaire ayant souvent un taux plus bas que ceux qui n'avaient que peu de symptômes. Cela fait penser que, dans une période tardive de la maladie, beaucoup d'acares peuvent être enlevés et détruits par le grattage. Il est certain que, du point de vue de l'épidémiologie, les malades hébergeant le plus grand nombre de parasites présentent la plus grande importance.

Développement des symptômes. Infection parasitaire et immunité (1944) (5).

Cette étude expérimentale fut faite avec l'aide de volontaires qui furent infestés par des sarcoptes et laissés en observation pendant des périodes variables allant jusqu'à 265 jours. Alors que, théoriquement, tout stade du développement du parasite, œuf, larve hexapode ou nymphe, avant d'atteindre l'état adulte au bout d'une période totale de 8 à 10 jours, peut être responsable d'un cas de contagion, Mellanby croit que c'est la femelle adulte fécondée qui transmet la maladie. Dans 6 expériences, de petites

quantités d'œufs, 3 à 20, étaient appliqués sur la peau d'individus sains et étaient maintenus en position jusqu'à éclosion. Dans aucun de ces cas il n'y eut contamination. De nombreuses larves furent aussi essayées en 7 occasions et sans succès. Dans certains cas où le taux parasitaire était faible, il a été possible de guérir la maladie, simplement en enlevant toutes les femelles adultes. Mais s'il y a beaucoup de parasites éloignés encore de leur pleine maturité, ils peuvent provoquer une infestation permanente. Cela a été démontré par le fait que, si le taux parasitaire dépassait 10, la gale ne pouvait être guérie par la suppression de toutes les femelles adultes.

Une gale expérimentale fut toujours produite dans chacun des deux cas suivants : ou bien en plaçant un parasite adulte femelle sur le corps du volontaire, ou bien en faisant coucher les volontaires sains avec des individus malades. Dans l'un et l'autre cas, le tableau du développement de la maladie était toujours le même ; quel que fût le siège du parasite initial, la distribution finale était assez étroitement conforme à ce que l'on voit ordinairement dans la gale. On utilisa 56 volontaires pour cette expérience et 55 n'avaient jamais eu la gale auparavant. Pendant les quelques premières semaines, il n'y eut pas d'irritation subjective de la peau, ni d'érythème autour des sillons. Une irritation passagère occasionnelle se développa pendant la quinzaine suivante et, vers la sixième semaine, l'irritation était assez vive pour troubler le sommeil. Après 100 jours, on observait une irritation continue et presque intolérable.

Le développement des parasites montra les particularités suivantes : pratiquement, chaque parasite pouvait être identifié dans son sillon au bout de 5 à 6 semaines ; la date la plus précoce où une nouvelle femelle pouvait être trouvée a été le 21ᵉ jour, mais un mois a été le délai le plus habituel. Après un mois, le taux parasitaire a augmenté nettement ; les taux les plus élevés ont été atteints entre le 80ᵉ et le 115ᵉ jour et les nombres ont varié entre 50 et 381 ; après cela, les parasites ont décru nettement, alors que les lésions cutanées augmentaient beaucoup.

Développement de la sensibilisation

Les démangeaisons surviennent seulement quand le malade est devenu sensibilisé aux sarcoptes et cela ne nécessite pas la présence d'un grand nombre de parasites. Les malades légèrement infestés ont des démangeaisons presque en même temps que les porteurs de lésions étendues.

Quand des volontaires, ayant déjà eu une gale généralisée, étaient guéris et réinfestés plus tard, le cours de la maladie nouvelle était complètement différent ; dans les 24 heures de la présence du parasite sous leur peau, ils en étaient pleinement avertis. Puis, une zone localisée d'érythème apparaissait autour du sillon ; les parasites ne pouvaient être trouvés bien longtemps et disparaissaient en quelques jours. Ce fait s'explique par le grattage qui a pour but de calmer l'irritation intense occasionnée par

leur présence. Le taux parasitaire était nettement plus bas que celui de la première atteinte. En cas de gale naturelle également, 45 sujets, à leur seconde attaque, avaient un taux parasitaire de 3,2 seulement, témoignant ainsi que le grattage provoqué par la nouvelle contamination aboutissait à l'élimination d'un nombre considérable de parasites. Une sorte d'immunité partielle était produite de cette façon.

Un extrait de gale fut préparé en broyant 150 sarcoptes avec du sable d'argent et 10 centimètres cubes de solution salée et filtrée. Injecté par voie intradermique, cet extrait donna une réaction négative chez les sujets non infestés ou bien infestés depuis trois mois seulement. Chez les malades qui l'avaient été depuis six mois, une tache réactionnelle de 2 centimètres environ de diamètre était visible.

Mellanby tire comme conclusion des observations ci-dessus que les vagues épidémiques de gale peuvent être dues autant aux variations de sensibilisation et d'immunité qu'aux fluctuations des conditions sociales.

RÉFÉRENCES

1. Mellanby (K.). — *British Medical Journal*, 20 septembre 1941, 405.
2. Mellanby (K.), Johnson (C. G.), Bentley (W. C.). — *Ibid.*, 4 juillet 1942, 1.
3. Mellanby (K.), Johnson (C. G.). — *Parasitology*, vol. **34**, novembre 1942, 3-4.
4. Mellanby (K.), Johnson (C. G.), Bentley (W. C.), Brown (P.). — *Bulletin of Entomological Research*, 1942, 33-4.
5. Mellanby (K.). — *Parasitology*, vol. **35**, 1944, 4.

Traitement et prophylaxie de la pédiculose du corps,
Medical Annual, 1946, p. 78.

R. M. B. MacKenna passe en revue, sous ce titre, les développements de la substance connue en Angleterre sous la dénomination de D. D. T. comme mesure prophylactique contre la pédiculose du corps. D. D. T. est l'abréviation utilisée par le Ministère des fournitures en Grande-Bretagne pour le *d*ichloro-*d*iphényl-*t*richlor-éthane, substance dont la synthèse fut faite d'abord en 1874 par un chimiste allemand. Plus de 60 ans plus tard, la synthèse en fut reprise dans les laboratoires de J. R. Geigy, de Bâle, et l'on observa alors qu'il avait une activité insecticide marquée. Ses possibilités d'application sur une large échelle, comme insecticide, furent étudiées par des experts du Ministère de la Production pendant la guerre. Une étude autorisée de la drogue a été publiée par P. A. Buxton (*Trans. Roy. Soc. Trop. Med. Hyg.*, 1945, **38**, 367). La substance, sous forme de poudre contenant jusqu'à 10 o/o du médicament, est hautement toxique pour les insectes, mais inoffensive dans son application sur la peau humaine. Elle est stable et ses effets se maintiennent longtemps sur les endroits où elle a été déposée. Elle est sans mauvaise odeur et elle n'offre pas de dangers dans sa fabrication. Enfin, elle est bon marché. D. D. T. est

presque insoluble dans l'eau, mais facilement soluble dans la plupart des solvants organiques et à un moindre degré dans les huiles végétales et minérales.

Toxicologie du D. D. T.

Le contact de D. D. T. sous forme de poudre ne produit aucun effet fâcheux sur la peau ; mais, en présence de solvants, il est facilement absorbé par la peau et agit comme poison. Une solution à 5 o/o dans le kérosène, utilisée en pulvérisations sur les murs, etc., a provoqué une dermite chez ceux qui étaient employés à ce travail. Un employé de laboratoire présenta des symptômes toxiques après avoir manipulé la drogue dissoute dans l'acétone. Les symptômes principaux étaient une sensation de lourdeur, de la douleur dans les membres, du tremblement musculaire et une tension nerveuse extrême. Ces symptômes n'avaient pas disparu entièrement au bout de trois mois. Les symptômes, dans ce cas, correspondaient à ceux obtenus avec des doses voisines des doses mortelles chez les animaux. Un cas mortel a été rapporté chez un enfant africain qui avala environ 1 once (28 gr.) d'une solution à 5 o/o dans le kérosène. Les symptômes ont été : vomissements, coma, tremblements ou convulsions et finalement œdème pulmonaire que l'on pensa être dû à la paralysie du centre respiratoire. Les recherches entreprises dans le Royaume-Uni ont montré que D. D. T. était un bon insecticide pour l'utilisation chez l'homme pourvu qu'il ne fût pas incorporé à des véhicules huileux, à l'acétone et aux phthallates.

Action et usage du D. D. T.

D. D. T. agit comme insecticide et non en éloignant les insectes. Il tue les insectes et leurs larves en contact avec lui ; son action est lente. Pendant la guerre, il fut largement employé et avec succès pour lutter contre les moustiques et, dans ce but, des solutions ont été habituellement pulvérisées sur les eaux où ils se multipliaient, quelquefois dans l'air et sur les parois des huttes et maisons des villages et sur les fenêtres. La préparation type pour cet usage était une solution à 5 o/o dans le kérosène. Les punaises ont été éliminées des maisons par le même moyen.

Pour combattre les poux du corps, une poudre contenant 10 o/o de la drogue a été appliquée sur les personnes infestées et sur leurs vêtements et elle s'est trouvée efficace et sans danger ; la poudre est restée active pendant 2 à 3 semaines si les vêtements ne sont pas lavés.

Dans un but préventif, dans l'armée, pendant la guerre, les sous-vêtements étaient imprégnés de D. D. T. Le succès de cette mesure prophylactique peut être jugé par le fait que la pédiculose du corps était presque complètement absente dans l'armée anglaise de la Libération.

Pédiculose de la tête.

J. R. Busvine et P. A. Buxton (1942) ont décrit une nouvelle méthode pour lutter contre les poux de la tête. Ils ont montré que presque tous les œufs siégeaient près du cuir chevelu et qu'un insecticide devait être en contact avec la totalité du cuir chevelu mais pas nécessairement avec la totalité de la chevelure ; de plus, il est désirable qu'un tel remède reste actif aussi longtemps que possible.

Ils ont trouvé que les produits suivants étaient supérieurs à n'importe quel autre qu'ils connaissaient :

1° Thyocyanate de lauryl à 25 o/o dans l'huile blanche.

2° Léthane spécial à 50 o/o dans l'huile blanche.

3° Crème de Derris.

Pour chacune de ces préparations, la dose convenable fut trouvée être de 2 centimètres cubes par tête. Pour appliquer le remède, les cheveux sont séparés et la préparation appliquée avec une pipette ou une cuiller à thé. Quatre secteurs étaient ainsi traités de chaque côté du cuir chevelu et le médicament était alors réparti en massant avec les doigts. La tête n'était pas lavée avant 10 jours.

Le coût de ce traitement était extrêmement bas, environ 1/5 de penny par tête (2 centimes). L'essai de ces remèdes sur une large échelle fut institué par un Comité du Ministère de la Santé et les résultats ont été décrits dans un mémorandum publié en 1943. Comme la fourniture du thiocyanate de lauryl était limitée, la plus grande partie des recherches a été exécutée avec la préparation connue sous le nom de Léthane 384 spécial.

Cette préparation contient approximativement 12,5 o/o de thiocyanate de butyl-carbitol, 37,5 o/o de laurate de β-thiocyanaœthyl et 50 o/o de paraffine raffinée. Elle est diluée une seconde fois à 50 o/o avec de l'huile blanche, donnant une concentration générale de 25 o/o de la drogue elle-même.

La préparation fut appliquée de la manière indiquée par Busvine et Buxton à un groupe de 8.746 cas. Parmi ceux-ci, il y eut 80 échecs (0,916 o/o), le critère d'insuccès était la présence de poux vivants une à trois semaines après le traitement. Pas d'accidents rapportés.

L'huile de léthane est maintenant utilisée par les autorités sanitaires locales dans tout le pays comme la méthode habituelle pour traiter les poux de la tête chez les enfants.

RÉFÉRENCE

Busvine (J. R.) et Buxton (P. A.). — *Brit. Med. Journal*, 11 avril 1942, 464. Memo. 230 H. Med. H. M. Stationery Office.

II. — *Le tissu réticulaire et les maladies de la peau.*

A. H. T. Robb-Smith. *British Journal of Dermatology and Syphilis*, **56**, juillet-août 1944, 151.

Cette revue commence par un exposé historique de la morphologie du tissu réticulaire. Commençant avec la découverte par Metchnikoff des macrophages capables d'ingérer de petits corps et des globules rouges, l'auteur passe en revue le travail de Goldman qui observa les propriétés vitaels de coloration de ces cellules et celui d'Aschoff qui proposa la conception d'un système de cellules répandues à travers tout le corps, mais liées par une commune base fonctionnelle, l'absorption active et dans certains cas le métabolisme d'une matière particulière. Aschoff nomma ce groupe le système réticulo-endothélial et il décrivit sa distribution à travers tout l'organisme. Les cellules endothéliales tapissant les vaisseaux sanguins et lymphatiques n'étaient pas inclues dans ce système, attendu qu'elles prenaient les couleurs avec difficulté. La conception était essentiellement une conception fonctionnelle.

La théorie de Maximow de la persistance de cellules du mésenchyme de type embryonnaire répandues dans tout l'organisme adulte est considérée comme tout à fait importante. C'est sur cette idée, d'après l'auteur, qu'est basée une grande partie de la pathologie moderne du système réticulaire et, à son avis, cela simplifie considérableemnt les problèmes morphologiques des leucémies et maladies semblables. Il préfère le terme de réticuloses, de Pullinger, à celui de réticulo-endothélioses, comme terme général pour décrire le groupe de maladies du réticulum dans lequel la prolifération est possible dans une ou plusieurs des lignées cellulaires. L'acceptation de la théorie de Maximow évite la nécessité d'expliquer les changements généraux tissulaires comme le résultat de métastases ou d'embolies. Au contraire, ces changements peuvent être regardés plus comme une prolifération locale de cellules mésenchymateuses d'une nature ou d'une autre que comme le résultat d'excitations de nature inconnue. Une telle prolifération cellulaire peut passer de l'hyperplasie progressive simple à un processus malin infiltrant. Le terme de réticulose est essentiellement un terme collectif à base histologique et morphologique et sans autre valeur qu'une valeur de qualification.

Les observations qui suivent sont basées sur un matériel de 400 cas étudiés dans le Département de Pathologie de l'Université d'Oxford. La terminologie suivante a été adoptée :

La *réticulose* est un terme général pour décrire toutes les hyperplasies progressives du tissu réticulaire, inclus la maladie d'Hodgkin, la majorité des leucémies et le mycosis fongoïde ainsi que d'autres formes d'adénopathie non maligne.

La *leucose* est le terme utilisé pour décrire la prolifération systématisée des cellules sanguines dans les tissus.

La *lymphémie* et la *myélémie*, etc., sont préférées au terme de leucémie pour décrire les changements dans le nombre et les caractères des cellules dans le sang.

Le *réticulo-sarcome* est la prolifération blastomateuse ou maligne des cellules réticulaires. Histologiquement, on adopte la règle arbitraire qu'il doit exister une destruction du stroma ou des métastases par embolies sanguines.

En considérant les états cutanés associés avec les désordres du tissu réticulaire, il est nécessaire de distinguer entre les manifestations dites toxiques et les infiltrations cellulaires spécifiques. Dans les premières, les plus connues sont le zona, le prurit et le prurigo du lymphadénome. Le purpura, suivant Robb-Smith, est presque invariablement secondaire à une diathèse hémorragique. Une éruption érythémato-papuleuse non spécifique se voit quelquefois dans la polycythémie. Des lésions cutanées spécifiques sont plus communes dans la leucose lymphoïde que dans la myéloïde, tandis que, dans la leucémie monocytique, des lésions cutanées de nature relativement superficielle et quelquefois transitoire peuvent précéder celles qui surviennent dans la bouche. Les caractères cliniques de chacune de ces proliférations spécifiques sont connus.

De la prolifération lymphoïde, mais sans lymphémie, il y a deux exemples bien connus : le lymphocytome de la peau et la sarcoïde de Speigler-Fendt. Le *lymphocytome* consiste en nodules miliaires survenant le plus souvent sur la face et qui, histologiquement, montrent des collections sphériques de lymphocytes avec une aire centrale ressemblant au centre dit germe cortical ou centre de Flemming.

La *sarcoïde de Speigler-Fendt* est composée de multiples nodules cutanés de caractère lymphoïde qui subissent une régression spontanée ou peuvent continuer leur évolution fatale. Robb-Smith dit que les changements histologiques dans cette affection sont semblables à ceux que l'on trouve au niveau des ganglions dans une lympho-adénopathie pas très rare, connue dans notre pays sous le nom de réticulose folliculaire lymphoïde.

Passant des réticuloses sanguines aux réticuloses histioïdes, la *maladie de Hodgkin* ou lymphadénome vrai, comme il préfère l'appeler, est discutée en premier lieu. Dans cette maladie, des symptômes cutanés non spécifiques et des éruptions sont habituels, mais les infiltrations spécifiques sont rares. Elles ont été rencontrées sur le tronc, principalement sous forme de plaies souvent ulcérées.

Un type relativement commmun d'*érythrodermie exfoliatrice* avec volumineuse adénopathie est décrit avec quelque détail. L'éruption cutanée est une érythrodermie exfoliatrice avec prurit extrême, quelquefois lichénification marquée et occasionnellement pigmentation. Il existe une hypertrophie lymphatique généralisée avec quelquefois hépato-splénomégalie. La modification caractéristique du sang est une éosinophilie marquée. Histologique-

ment, les modifications cutanées ne sont pas très frappantes ; elles sont eczématiformes avec acanthose et prolifération cellulaire modérée d'histiocytes, beaucoup contenant de la mélanine, ainsi que de plasmocytes et d'éosinophiles. Les modifications des nodules lymphatiques sont frappantes et caractéristiques, certaines consistant dans quelques cas en une prolifération d'histiocytes contenant de la mélanine dans les sinus corticaux et médullaires, état communément connu sous le nom de catarrhe sinusal.

Cependant, en général, la prolifération des histiocyies est beaucoup plus importante que ce que l'on voit jamais dans le catarrhe sinusal. Ce changement n'a pas été vu dans d'autres cas de lymphadénopathie et l'auteur pense que cela ne peut être regardé comme un simple changement réactionnel mais doit être classé comme une hyperplasie progressive. Un exposé plus exact de l'histologie des nodules lymphatiques dans l'érythrodermie exfoliatrice a été donné par Pautrier et Woringer qui ont décrit cela comme réticulose lipomélanique, terme que Robb-Smith est d'avis de conserver.

Mycosis fongoïde. — Par les études variées sur cette maladie, on acquiert l'impression qu'elle représente une entité clinique distincte avec une histoire et une histologie caractéristiques et tout à fait différentes du lymphadénome vrai. La position du mycosis fongoïde d'emblée de Widal-Brocq est considérée comme moins certaine ; c'est seulement une analyse clinique continue et histologique avec analyse *post-mortem* qui peut déterminer sa similitude ou sa dissemblance avec le mycosis fongoïde proprement dit avec son éruption primaire non spécifique, sa phase infiltrante et sa transformation tumorale éventuelle.

Pour ce qui est de la relation existant entre le mycosis fongoïde et le sarcome, Robb-Smith ne se décide pas pour une opinion ferme. Il peut être difficile de distinguer une hyperplasie progressive d'un blastome. On sait que beaucoup de réticuloses subissent une évolution sarcomateuse, quoique rarement, et il n'y a pas de raison pour que le mycosis fongoïde ne le fasse pas, bien qu'il y ait peu de preuves d'un tel fait. Si l'on accepte le concept de prolifération ou systématisation autochtone multicentrique dans les réticuloses, il n'est pas besoin de considérer la présence de prolifération mycosique dans les nodules lymphatiques, le foie ou la rate comme une preuve de métastase par embolie.

Tandis que la phase infiltrante peut être regardée comme une hyperplasie progressive du tissu réticulaire, c'est-à-dire une forme de réticulose, la nature des modifications cutanées prémycosiques est incertaine. Robb-Smith pense que cette phase peut être non spécifique, mais peut provoquer la prolifération caractéristique.

L'article traite ensuite des lésions malignes du tissu réticulaire ou *réticulo-sarcomes*. Ces lésions, comme les réticuloses, sont à diviser en un groupe sanguin comprenant les *lymphosarcomes*, les *chloromes* et les *myélomes à plasmocytes*, et d'autre part un groupe histioïde comprenant

beaucoup de *sarcomes de type mixte*, formés de fibres ou de réticulum ainsi que certains *angio-sarcomes*. Dans l'un et l'autre groupe, des cellules anormales provenant de la tumeur peuvent circuler dans le sang, mais cela n'est pas habituel dans le groupe histioïde. Des métastases peuvent provenir d'une certaine région ou bien des lésions multiples peuvent naître de façon autochtone. Les manifestations cutanées toxiques sont rares dans les réticulo-sarcomes et les tumeurs elles-mêmes envahissent rarement la peau, bien que l'auteur ait vu un cas de myélome à plasmocytes dans lequel des nodules cutanés étaient le symptôme prédominant.

L'*angio-sarcome de Kaposi* est regardé sans contredit comme un réticulo-sarcome histioïde, qui cependant diffère des autres réticulo-sarcomes par l'extrême lenteur de son évolution.

Les changements réactionnels du tissu réticulaire dans les processus infectieux et dans la sarcoïdose et autres maladies du métabolisme intercellulaire, telles que le xanthome, ne sont pas discutés dans cet article.

L'auteur recommande des observations cliniques exactes et continues, des analyses hématologiques répétées, une étude histologique et un système de surveillance éloignée soigneux, dans l'étude à venir de ce groupe de maladies.

III. — *La pénicilline en dermatologie.*

F. F. Hellier et G. A. Hodgson ont eu à leur disposition dans l'Armée britannique de la Libération une quantité illimitée de pénicilline pour le traitement des maladies de la peau. Ils ont employé principalement une solution aqueuse de pénicilline contenant 200 à 500 unités par centimètre cube appliquée en pulvérisations trois fois par jour. La solution était préparée en utilisant une tablette de pénicilline (5.000-10.000 unités) avec 25 centimètres cubes d'eau stérile. Ils utilisèrent aussi une émulsion de pénicilline contenant 200 à 500 unités par gramme.

Les résultats les plus frappants ont été obtenus dans l'*impétigo*. Sur 204 cas, 13 ne réussirent pas à se nettoyer complètement. La durée moyenne du traitement fut de 8,6 jours. Ces résultats peuvent être comparés plus que favorablement avec des séries antérieures de cas atteignant des milliers et traités par le sulfathiazol microcristallin, le pourcentage d'échecs dans ce dernier traitement étant de 11 o/o et la durée dans les cas traités avec succès étant de 11,2 jours.

L'*ecthyma*, principalement des jambes, a été traité en lavant les lésions tous les jours avec du savon et de l'eau, en enlevant toute croûte importante et en pulvérisant trois fois par jour avec la pénicilline. Après environ six jours, les ulcères étaient propres et en voie de guérison ; ils étaient alors traités avec le mercure ammoniacal à 2 o/o en pâte de Lassar. Parmi 45 cas ainsi traités, 43 furent guéris en 12,2 jours en moyenne, alors que la durée moyenne du traitement avec d'autres remèdes est de 30,1 jours.

Dans ces cas, les auteurs insistent sur l'importance de ne pas continuer l'usage de la pénicilline pendant plus d'une semaine ; si la lésion ne réagit pas à la pénicilline pendant ce temps, elle ne le fera pas ensuite.

Dans le *sycosis de la barbe*, les résultats immédiats des pulvérisations de pénicilline apparurent comme bons, mais il resta de la rougeur de la partie malade et les résultats ne purent être suivis jusqu'au bout. Dans cette maladie, ils attirèrent l'attention sur l'habituelle infection chronique du nez et des sinus, réinfectant des foyers difficiles à déraciner et, d'après leur expérience, ne répondant pas à la pénicilline donnée par injection. Ils regardèrent également l'hyperactivité sébacée comme un facteur défavorable.

Les *furoncles* furent traités par injection, la dose habituelle étant de 50.000 unités. Ils ont pensé que le traitement était utile en coupant court une attaque. Les *anthrax* étaient susceptibles de rechuter après une amélioration initiale sensationnelle.

Dans l'*eczéma, compliqué d'infection secondaire*, la pénicilline a pu être utilisée pour nettoyer l'élément infectieux, mais elle n'a pas eu d'influence sur l'eczéma sous-jacent. Dans l'*otite externe*, la pénicilline se révéla comme de peu ou d'aucune valeur. Quelques cas de *diphtérie cutanée* ont été traités avec succès, mais l'antitoxine était donnée en même temps ; quelques cas d'*érysipéloïde* ont été traités avec succès par injection.

A. Burrows et d'autres auteurs ont rapporté des succès dans le traitement du *sycosis* réfractaire de la barbe par l'épilation aux rayons X en même temps qu'avec l'application d'une crème à la pénicilline.

L'impossibilité de guérir l'*eczéma* par la pénicilline a été confirmée par d'autres auteurs. Roxburgh et d'autres, qui ont été les premiers à tenter les essais cliniques de la pénicilline pour le traitement local des maladies de la peau, ont attiré immédiatement l'attention sur ce fait. Dans un article important de la *Lancet* (1946) et dans lequel la pénicilline est l'objet d'une revue dermatologique, l'auteur paya un tribut aux premières observations de Christie et Roxburgh en remarquant que le soin avec lequel les premiers travaux avaient été faits pouvait être jugé par le fait que peu de maladies de la peau avaient été ajoutées depuis au domaine de la pénicillinothérapie.

Dans les premiers essais de la pénicilline comme remède local contre les infections cutanées à cocci pyogènes, l'*intolérance* au médicament ne fut pas souvent rencontrée. Depuis qu'il est devenu d'un usage général, il a été évident que la pénicilline, quelle que fût la forme de son application, est quelquefois vivement irritante. Heureusement, la *dermite* qu'elle provoque disparaît rapidement après l'arrêt du traitement. Sous ce rapport, la pénicilline s'est montrée un remède local beaucoup plus sûr que les composés sulfamidés en commun usage il y a quelques années.

On a rencontré aussi un grand nombre de cas d'*urticaire* généralisée pendant le traitement avec la pénicilline par injection. Mais on a trouvé que cette complication répond rapidement au Bénadryl donné par la bouche.

RÉFÉRENCES

Hellier (F. F.), Hodgson (G. A.). — *Lancet*, 13 octobre 1945, 462.
Burrows (A.), Russell (B.), Mai (H. R.). — *British Journal of Dermatology and Syphilis*, **57**, 1945, 5-6, 97.
Christie (R. U.), Roxburgh (I. A.), Roxburgh (A. C.). — *British Medical Journal*, **1**, 1944, 524 ; *Lancet*, **1**, 1946, 655.

IV. — *Traitement du lupus vulgaire par le calciférol.*

En 1943, Dowling commença à traiter le lupus tuberculeux avec de grosses doses de calciférol.

Le premier malade qu'il traita ainsi était un homme âgé de 28 ans, qui avait eu un lupus confluent de la face et des oreilles depuis 8 ans. Neuf mois auparavant, il était venu se mettre en observation pour sa face et ses lèvres qui étaient œdématiées. Le traitement fut essayé, bien qu'on en attendait peu de résultats, la vitamine D étant présente dans tout remède général connu comme valable pour le traitement du lupus : abondance de beurre et de lait, héliothérapie, bains de lumière avec la lampe à arc à électrodes de carbone et régime de Gerson-Herrmannsdorfer. Après 2 mois 1/2, en prenant 3,75 mgr. par jour ou 150.000 unités internationales, il fut évident qu'il avait fait un progrès remarquable vers la guérison. Cette dose fut décidée à la suite d'expériences antérieures où l'on avait essayé de traiter le psoriasis par le même remède et, pendant ce traitement, on avait trouvé que 150.000 unités internationales étaient à peu près ce qu'en moyenne un individu en bonne santé pouvait prendre sans développer de symptômes d'intolérance. Dans la plupart des cas traités ensuite, la dose initiale fut réduite à 2,5 mgr. par jour, suivant les progrès et aussi en raison de l'apparition de symptômes toxiques. Le médicament fut donné sous forme de tablettes sèches contenant chacune 1,25 mgr. et portant le nom de « tablettes de haute puissance d'Ostelin, marque Glaxo ».

Le malade eut un début assez difficile, car durant les quelques premières semaines du traitement, l'état de la face apparut moins bon, avec augmentation du gonflement et congestion. Il arrêta donc le traitement et resta au lit une quinzaine, à la fin de laquelle il remarqua qu'une amélioration s'était produite. En reprenant les mêmes soins, un léger retour en arrière se produisit ; mais, à la suite, l'amélioration fut constante et rapide. La guérison clinique se compléta de façon normale.

Après ce résultat inattendu, tous les cas confiés aux soins de Dowling à l'Hôpital Saint-Thomas et de l'assistant chef de la Section des maladies de la peau du même hôpital, Prosser Thomas, furent traités par le calciférol à hautes doses. Pendant les deux années et quatre mois suivants, 39 cas de lupus furent ainsi traités et en novembre et décembre 1945, 11 d'entre eux furent présentés à la Section de Dermatologie de la Société Royale de Médecine. Il y fut reconnu que ces résultats devaient être considérés comme un progrès fondamental. A une deuxième session, on apprit que le même remède avait été largement utilisé en France depuis quelques années grâce aux travaux de J. Charpy et que des résultats semblables avaient été enregistrés.

Les résultats du traitement dans les cas traités par Dowling et Prosser

Thomas n'étaient pas aussi brillants que ceux publiés par Charpy en 1943 et 1944. Plus de 50 o/o paraissaient être guéris et 30 o/o étaient beaucoup améliorés, mais dans 15 o/o des cas environ, il ne s'était produit que peu d'amélioration. Des symptômes d'intolérance, dans cette série, étaient observés chez 8 des 39 cas.

A la suite de la présentation des cas de Dowling et Prosser Thomas, 30 nouveaux cas étaient traités, sous la surveillance de l'auteur, par D. M. Macrae. Ces cas étaient des cas hospitalisés de plus grande gravité que ceux traités habituellement dans la pratique des consultations externes. Quelques particularités intéressantes ont été observées et elles peuvent être résumées comme suit :

Pratiquement, tous les malades paraissaient aller plus mal pendant les trois premières semaines du traitement ; les taches de lupus paraissaient plus vilaines et plus boursouflées, les nodules isolés étaient plus rouges et des ulcérations spontanées se développaient sur certains malades. L'amélioration commença après 3 semaines dans la plupart des cas, mais dans certains des plus mauvais pas avant 5 ou 6 semaines.

La réaction à la tuberculine augmenta pendant la première quinzaine, le diamètre moyen de la rougeur produite par l'injection intradermique de tuberculine brute à 1/1.000 passa de 16,4 mm à 19,5 mm., après quoi la réaction diminua graduellement jusqu'au-dessous de son niveau originel et resta ainsi.

Le taux de sédimentation s'éleva dans presque tous les cas pendant le premier mois, tombant graduellement ensuite à la normale sauf chez les malades présentant des troubles toxiques ou d'autres répercussions fâcheuses.

Les numérations globulaires montrèrent une petite mais constante élévation du taux des leucocytes polynucléaires pendant les 5 ou 6 premières semaines, mais avec un retour graduel au taux primitif au bout de la 13e semaine.

L'étude du calcium sanguin ne montra rien d'important. Chez un malade cependant, le taux était de 15 milligrammes pour 100 centimètres cubes mais il n'y avait pas de symptômes toxiques.

Les cas furent divisés en groupes traités soit par injection de solution huileuse 15 milligrammes deux fois par semaine, soit par capsules contenant le calciférol dans l'huile, soit par une émulsion de la solution huileuse. L'amélioration ou la guérison clinique survinrent chez tous les malades mais un certain nombre eurent besoin d'un traitement local.

Parmi 30 cas, 15 se plaignirent parfois d'effets fâcheux comme nausées, douleurs épigastriques, dépression et faiblesse. Aucun de ces troubles ne fut observé chez ceux traités par injection ; mais, chez eux, le progrès était généralement plus lent à se produire que chez ceux qui prenaient le médicament par la bouche. Souvent, mais pas invariablement, l'amélioration la plus manifeste survenait quand les malades se sentaient le plus mal.

Des résultats prometteurs ont été également observés dans d'autres formes de tuberculose, après emploi du calciférol : adénite cervicale, téno-

synovite, dactylite tuberculeuse et tuberculose avancée bilatérale des poignets.

Macrae pensait que le calciférol pouvait rallumer quelque autre siège de maladie endormie. Un cas de maladie de Bazin mourut d'une hémoptysie soudaine ; il n'y avait auparavant aucune preuve de maladie pulmonaire, mais l'autopsie montra trois cavités, chacune de la taille d'un pois, dans le poumon droit. Un autre malade présenta des signes de maladie évolutive dans un poumon, une toux légère et un taux de sédimentation de 98 millimètres en 1 heure ; après cessation du traitement, tous les signes et symptômes disparurent. Aucune preuve de troubles rénaux ne fut trouvée dans aucun cas.

Ingram rapporte que, parmi environ 200 cas de tuberculose cutanée, la plupart étant des lupus qu'il traitait, des symptômes d'intolérance au calciférol se sont présentés avec une certaine fréquence. Dans tous ces cas, on a trouvé une augmentation du calcium diffusible du sang. Inversement, parmi les cas de l'auteur, sur lesquels un dosage mensuel du calcium total dans le sérum a été fait, le taux de 13 à 15 milligrammes pour 100 centimètres cubes a été rencontré nombre de fois sans symptômes ou signes d'intoxication.

*

* *

RÉFÉRENCES (littérature anglaise)

Dowling (G. B.), Thomas (E. W. P.). — *Proc. Roy. Soc. Med.*, **39**, 1945, 96.
Dowling (G. B.), Thomas (E. W. P.). — *Brit. Journ. Dermat. and Syph.*, **58**, 1946, 45.
Dowling (G. B.), Thomas (E. W. P.). — *Lancet*, 22 juin 1946, p. 19.
Macrae (D. E.). — *Lancet*, 25 janvier 1947, p. 135.
Ingram (J. T.). — *Lancet*, 28 décembre 1946, p. 960.

V. — *Traitement des complications de l'arsénothérapie avec le 2-3-Dimercaptopropanol (BAL).*

Pendant les premières semaines de la guerre (1939) des recherches furent amorcées dans le Département de Biochimie d'Oxford par Peters et ses collaborateurs en vue de trouver un antidote pour les vésicants tels que la lewisite ($CH.Cl : CH.AsCl_2$) et le gaz moutarde. Le résultat de ces travaux fut l'élaboration du dithiol-2-3-dimercaptopropanol qui a été nommé ensuite en Amérique : *B*ritish *A*nti*l*ewisite ou BAL. Cette substance arrête l'action toxique de la lewisite sur la peau et ailleurs sur le corps et peut en outre renverser l'action toxique, pourvu que cette action toxique n'ait pas été établie depuis trop longtemps. Il agit en formant des composés stables et indissociables avec l'arsenic et qui sont excrétés rapidement.

BAL n'est pas seulement un antidote efficace contre la lewisite, mais il

a été utilisé avec succès dans le traitement des accidents arsenicaux dans les usines. Aussi bien en Grande-Bretagne qu'en Amérique, BAL a été aussi employé dans le traitement de la dermite exfoliatrice causée par les arsenicaux thérapeutiques, avec des résultats encourageants bien que le nombre des cas publiés ne soit pas très grand.

Données biochimiques

On sait que la désintégration des hydrates de carbone, glycogène et glucose, en acide carbonique et eau se fait en plusieurs temps, chacun étant sous la dépendance d'une enzyme particulière.

Un des avant-derniers stades de cette désintégration est l'acide pyruvique. Les cellules organiques ayant besoin des hydrates de carbone au point de vue énergétique, les stades de la désintégration de ces hydrates sont tous importants. Il s'ensuit qu'un moyen de troubler la vie cellulaire est d'interrompre l'activité de quelque enzyme essentielle au métabolisme hydrocarboné. Par exemple, quand la vitamine B_1 est déficiente dans le tissu cérébral, les cellules cérébrales intéressées sont suffisamment troublées pour produire des convulsions chez l'animal. En cela, l'aneurine fait partie du groupe organisé des enzymes (ou « système enzyme ») responsable de l'oxydation de l'acide pyruvique, ce qui est appelé habituellement le « système pyruvate oxydase ». Ce système comporte des protéines et autres composants et l'interruption du métabolisme tissulaire peut donc survenir à ce stade non seulement par insuffisance de la vitamine mais aussi par trouble du fonctionnement actif de chacun de ces composants par le fait de poisons. On savait que certains poisons tels que l'acide iodo-acétique ont à la fois une action vésicante sur la peau et une action inhibitrice sur le système enzyme-pyruvate-oxydase, et, parmi ces poisons, de petites concentrations d'arsénites. Il suit de là que le métabolisme des hydrates de carbone subit, à un stade important, une intoxication par des traces d'un composé arsenical. Il est donc logique d'utiliser le système pyruvate-oxydase comme test pour un nouvel antidote contre l'arsenic et des recherches en ce sens ont été poursuivies.

Une seconde direction des recherches prit naissance par suite de la découverte déjà ancienne de Peters (1923-1926) : à savoir que des arsenicaux comme la diphényl-chlorarsine empêchaient l'action de l'enzyme glutathion, et cela par combinaison avec des groupes — SH. Vers le même temps, Voeglin, en Amérique, eut l'idée que l'action toxique de l'arsenic sur les cellules vivantes était due à sa réaction vis-à-vis de certains composés essentiels en « thiol » présents dans le protoplasma. De tels travaux firent diriger l'attention sur les groupes — SH comme récepteurs possibles pour l'arsenic. Ces idées étaient renforcées par la connaissance de la combinaison de l'acide iodo-acétique avec les groupes — SH dans le système pyruvate et cela suggéra l'hypothèse que l'arsenic empoisonnait un composant — SH de l'enzyme. Il fut bientôt démontré que l'arsénite

de soude et la lewisite avaient une action puissante sur le système pyruvate conduisant à une élévation du taux du pyruvate sanguin. Il fut alors trouvé par Stocken et Thomson que la kératine-protéine qui contient beaucoup de groupes — SH se combinait avec la lewisite en proportion du nombre de groupes « thiol » qu'elle contenait. Il était significatif que 75 o/o de l'arsenic trouvé dans le composé de lewisite était en combinaison avec deux groupes « thiol », et ce fait conduisit à l'hypothèse que la toxicité des arsenicaux trivalents était due à la possibilité qu'ils avaient de se combiner avec les groupes essentiels — SH dans certaines protéines tissulaires, notamment l'enzyme en question, pour former des composés arsenicaux stables.

Il résultait de cela que des composés en « di-thiol » pouvaient former des composés relativement stables avec la lewisite ou d'autres arsenicaux trivalents et ainsi rivaliser avec succès avec les protéines en « di-thiol » des tissus. Dans la recherche des « di-thiols » convenables, le nouveau composé : 2-3-dimercaptopropanol a été trouvé comme répondant au résultat désiré. C'est une huile pénétrante soluble dans l'eau en proportion approximative de 6 o/o ; sa formule est $CH_2SH.CH — SH.CH_2OH$. Il est capable à la fois d'exercer une action marquée d'antidote contre l'empoisonnement du système enzyme par les arsenicaux trivalents et de renverser l'action toxique quand celle-ci est effectivement survenue. Cela est dû à la capacité des di-thiols-1-2 de former des composés stables avec les arsenicaux trivalents :

$$\begin{array}{l} CH^2SH \\ | \\ CHSH \\ | \\ CH^2OH \end{array} + OASR \rightarrow \begin{array}{l} CH^2S \\ | \\ CH^2S \\ | \\ CH^2OH \end{array} \Big\rangle ASR + H^2O$$

Tests thérapeutiques

Lewisite. — Les rats et cochons d'Inde contaminés avec la lewisite pouvaient être sauvés par onction avec BAL jusqu'à deux heures après contamination. La vésication était également empêchée, chez les volontaires, jusqu'à une heure après contamination par la lewisite. Ces résultats ont été confirmés et étendus au Canada et aux États-Unis.

Arsenicaux thérapeutiques. — On trouva que BAL était très efficace en amenant la survie de rats soumis à des doses mortelles de mapharside à la fois avant et après l'intoxication généralisée. Cela montre que BAL est non seulement capable de se combiner avec l'arsenic libre en circulation, mais aussi de le déplacer quand il a réagi sur les composants tissulaires. De plus, il a été montré que le traitement avec BAL amène une rapide augmentation de la quantité d'arsenic excrétée par l'urine. Chez l'homme, des cas de dermite exfoliatrice arsenicale ont été utilisés pour l'étude. La préparation la plus convenable fut trouvée être une solution à 5 o/o de

BAL dans une solution huileuse de benzoate de benzyle à 10 o/o. La dose employée était de 2 centimètres cubes, injections intramusculaires deux fois par jour pendant 3 ou 4 jours, suivies d'une autre série s'il n'y avait pas d'amélioration évidente ou s'il y avait des signes de rechute. En raison du degré sévère de dommage cellulaire dans la dermite arsenicale, on ne pouvait attendre une guérison rapide. 18 cas ont été traités par cette méthode et le traitement a été commencé à des intervalles variables après le commencement de la dermite. L'examen des résultats paraît montrer que ceux qui avaient été traités de bonne heure ont guéri plus rapidement que ceux qui n'ont subi le traitement que 3 ou 4 semaines après le début de la dermite. La durée moyenne de la dermite a été de 38,9 jours et le nombre moyen de jours à partir du commencement du traitement pour arriver à la guérison a été de 27,6 jours. Les auteurs estiment que la moitié des cas peuvent raisonnablement être considérés comme ayant bénéficié du traitement.

Il n'y a pas eu d'augmentation importante du taux de l'excrétion urinaire de l'arsenic au cours du traitement de ces cas par BAL.

En Amérique, Longcope et d'autres ont traité 15 cas de dermite exfoliatrice généralisée arsenicale par injections de BAL. Ils ont rapporté une amélioration rapide, objective et symptomatique, et la durée de la dermite dans plus de la moitié des cas ainsi traités fut plus courte que dans un groupe comparable de cas non traités par BAL. Une légère reprise de la dermite a été fréquente lorsque le traitement n'a pas été continué au moins une semaine.

BAL forme des composés stables avec des métaux lourds autres que l'arsenic et il a été utilisé avec succès dans le traitement de l'empoisonnement par le bichlorure de mercure à la fois chez l'animal et chez l'homme. Longcope, Luetscher et d'autres ont traité 23 cas d'empoisonnement par le bichlorure de mercure chez des malades qui avaient pris de 0 gr. 5 à 1 gr. 5 par la bouche ; tous ont guéri. La dose de BAL employée était de 300 milligrammes comme dose initiale suivie de deux ou trois autres injections de 150 milligrammes chacune.

Toxicité

Modell et d'autres ont étudié les effets toxiques de BAL par injection intramusculaire chez 9 sujets. Ils ont trouvé que la dose minima produisant des effets toxiques était entre 3 et 5 milligrammes par kilogramme de poids du corps. Les effets produits étaient de la brûlure et des picotements du nez, de la bouche, des yeux et de la peau ; de la transpiration et une sensation de chaleur ; de la douleur dans les membres, les mâchoires, l'abdomen et la tête ; du larmoiement, du blépharospasme, de la salivation, des vomissements, de l'agitation et de l'appréhension avec faiblesse et fatigue. L'effet des doses jusqu'à 8 milligrammes était réversible, la réaction durant seulement une heure ou deux environ.

En fournissant BAL pour les essais cliniques en Grande-Bretagne, le Département de Biochimie d'Oxford demande une observation complète de tous les cas. La publication du volume considérable de renseignements qui se sont maintenant accumulés à Oxford est attendue sous peu.

RÉFÉRENCES

Peters (R. A.), Stocken (L. A.), Thompson (R. H. S..) — *Nature*, 24 novembre 1945, 616.
Cameron (G. R.). — *Bulletin of War Medicine*, 6 novembre 1946, 487.
Carleton (A. B.), Peters (R. A.), Stocken (L. A.), Thompson (R. H. S.), Williams (D. I.) — *Journal of Clinical Investigation*, 25 avril 1946, 497.
Modell (W) et d'autres. — *Ibid.*, 480.
Longcope (W. T.) et d'autres. — *Ibid.*, 528.

PANARIS MÉLANIQUE

Par B. DUPERRAT et Maurice CINTRACT (Paris)

Jonathan Hutchinson fit paraître dans le *British Medical Journal*, en 1886, un article intitulé « Melanotic Whitlow ». Depuis, ce terme imagé de panaris mélanique a été conservé pour désigner ce curieux nævo-carcinome qui prend son départ dans la sertissure unguéale. « C'est parce qu'il ressemble à un panaris et qu'on le considère comme tel à première vue que je préfère lui donner ce nom », dit Hutchinson.

Un certain nombre d'observations avaient été publiées antérieurement au travail du maître londonien, certaines sous le nom de « fongus hématode ». Depuis, il existe dans la littérature une soixantaine de références groupant une centaine de cas. Le plus grand nombre sont allemandes et anglo-américaines. La participation française comporte, outre les observations de Dermagnay et Monod (1855), Faguet (1894), Bonnet (1911) et W. Dubreuilh (1914), celles plus récentes de Chauvenet et Dubreuil (1927) et Gignaux (1936). Adair Franck et George Pack qui avaient publié un article important en français dans le *Bulletin pour l'Étude du Cancer* en 1930, ont revu et complété la question dans *Surgery* en 1939.

Étiologie

Le mélanome sous-unguéal est peu fréquent. Sur 94 cas d'affections de l'ongle, Pardo Costello n'en trouve qu'un seul et White, sur 485 cas, zéro. Par rapport aux mélanomes, les chiffres sont un peu discordants :

Franck Adair : 0,8 o/o ; Farrell, sur 265 mélanomes : 2,6 o/o ; Affleck, sur 266 mélanomes : 2,6 o/o ; statistique du *Memorial Hospital* : 5,2 o/o.

L'*âge* moyen des nævo-carcinomes en général étant 47 ans, paraît reculé à 58 ans pour les localisations sous-unguéales.

Le *sexe* est indifférent.

La *race* importe peu. Dickson et Jarman en ont observé chez les *Noirs* dont la matrice unguéale est cependant peu pigmentée eu égard au reste des téguments. C'est le mystère de la pathogénie des tumeurs mélaniques (Ne sait-on pas, par exemple, qu'on les rencontre surtout dans les races de chevaux blancs ?). Hewer, à Khartoum, de 1929 à 1934, a vu 47 mélanomes dont 2 sous-unguéaux.

Le *siège* mérite attention : le panaris mélanique est deux fois plus fréquent à la main qu'au pied et atteint surtout pouce et gros orteil.

Enfin, un point capital est le rôle joué par un *traumatisme* révélateur ou déclenchant :

Cas de Gignaux. — Une femme, après traumatisme, présente un hématome sous-unguéal du pouce droit nécessitant l'ablation de l'ongle. Peu après, apparition d'une plaie bourgeonnante du lit de l'ongle, qui persiste quatre mois. On fait le diagnostic de nævus mélanique et on ampute le pouce. Deux ans et demi plus tard, extirpation d'une masse ganglionnaire de l'aisselle droite. La malade meurt peu de temps après.

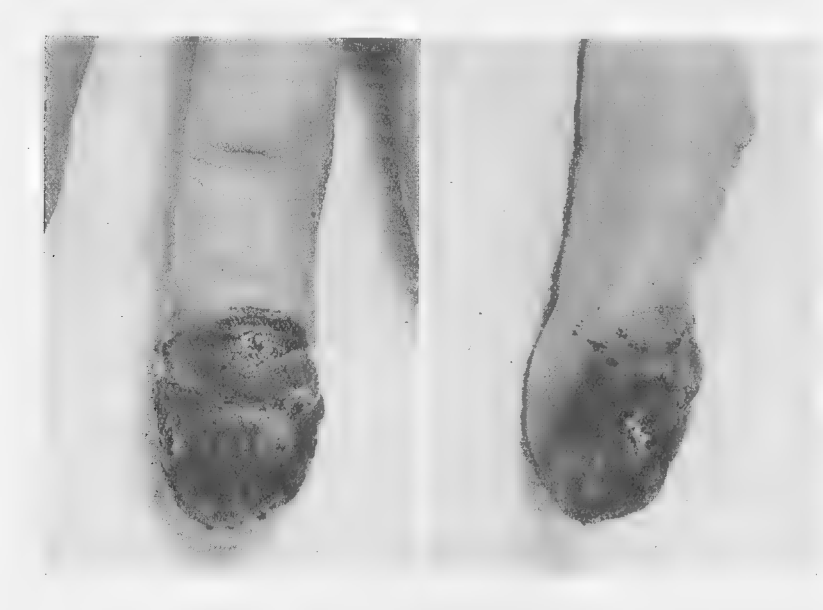


Fig. 1. — Panaris mélanique.

Chez une femme de 69 ans, panaris mélanique évoluant depuis 15 mois, ayant fait tomber l'ongle du 4e doigt de la main droite. Il a envahi toute la face dorsale de la phalangette (Cliché Maire).

Cas de Frank Adair et Pack. — G. S..., machiniste de 62 ans, consulte le 10 octobre 1934 : en mars 1933, il avait reçu un coup de marteau sur la partie latérale du pouce. Peu de temps après, il remarque l'existence d'un anneau noir autour de l'ongle. Progressivement apparut une sorte de chou-fleur noir et saignant. En août 1933, on fit une amputation du pouce. Mais bientôt une tumeur à l'avant-bras et une adénopathie axillaire inquiétèrent le malade. Un mois plus tard il accepta le curage ganglionnaire et tout sembla bien aller pendant plusieurs mois jusqu'au jour où la tumeur antibrachiale, côté radial, augmenta progressivement de volume, associée à une nouvelle masse axillaire. On fit de la radiothérapie. Le 7 janvier 1935, le malade se plaint de douleurs dorsales et l'examen montre des ganglions sus-claviculaires ainsi qu'un semis de nodules sous-cutanés à la poitrine et aux bras. Le foie est très gros. Décès le 26 janvier.

Étude clinique

Rien n'est plus variable que le début du mélanome. Ce peut être une tache noire sous-unguéale, qui peut rester latente longtemps (30 ans dans le cas de Boyer), ou bien une bande noire au-dessous du bord latéral, ou bien une sorte d'anneau foncé encerclant l'ongle. Plus souvent c'est un kératome du sillon sous-unguéal, de siège latéral. Plus souvent encore une ulcération suintante très peu douloureuse. Les hémorragies répétées ont été signalées.

Période d'état. — Il existe une ulcération péri- ou sous-unguéale de surface irrégulière, granuleuse, soulevant l'ongle qui est épaissi, fendillé, friable, parfois perforé. Trois cas peuvent se présenter : ou bien la lésion est franchement noire, et son diagnostic est évident, ou bien elle est tachetée, tigrée de points brunâtres, et sa nature mélanique risque de passer inaperçue, ou bien enfin il n'existe qu'une seule ponctuation grisâtre, un liséré périphérique continu ou non. Hutchinson a dit : « L'œil de la foi est parfois nécessaire pour reconnaître le liséré noir étroit qui borde la partie inflammatoire ». Mais n'y a-t-il pas aussi des cas où c'est seulement la sérosité qui prend une teinte grisâtre, tachant le pansement ? C'est dire combien facilement on peut méconnaître ces tumeurs, d'autant plus que certaines peuvent demeurer achromiques pendant une partie de leur évolution. Quoi qu'il en soit, le signe du liséré noir doit être recherché soigneusement et l'un de nous y insiste dans sa thèse qui va paraître.

Phase d'extension. — La chute de l'ongle est parfois spontanée; d'autres fois l'ongle est arraché par une intervention inopportune. La plaie devient franchement bourgeonnante et couvre tout le dos de la phalangette. Très souvent c'est à ce moment qu'on pratique une biopsie, laquelle redresse le diagnostic.

Dès lors l'envahissement ganglionnaire est fatal : fait extrêmement curieux, les relais sus-épitrochléens ou poplités sont sautés : les glandes axillaires, les glandes inguinales sont d'emblée colonisées.

Dans un dernier stade se produit la généralisation viscérale habituelle des mélanosarcomes, avec métastases électives dans les poumons et dans le foie et nombreux nodules cutanés disséminés.

Cette évolution est dans l'ensemble assez lente. Le mélanome sous-unguéal est parmi les moins rapides des mélanomes. Mais ce fait favorable est largement compensé par les erreurs de diagnostic et les tâtonnements du début, si bien qu'au total le pronostic est aussi défavorable que pour les autres tumeurs mélaniques.

La durée totale est difficile à évaluer : elle varie de 6 mois à 6 ans suivant les observations publiées.

Pronostic

Si le diagnostic fait à temps évite la désastreuse exérèse de l'ongle et fait faire une désarticulation précoce on peut augurer favorablement du pronostic. Mais trop souvent le curage unguéal (14 cas sur 16, *Memorial Hospital !*) hâte les envahissements ganglionnaires et dès lors l'avenir est bien compromis.

Observations personnelles

Nous avons pu observer deux cas de panaris mélaniques entièrement différents : dans le premier, la nature pigmentaire était inapparente et ne fut découverte que par la biopsie ; dans le second, au contraire, elle frappait dès le premier coup d'œil.

Observation I. — Il s'agit d'un homme de 50 ans dont l'observation nous a été communiquée par le Docteur J. Camus, de Bourth, et dont les pièces opératoires nous ont été envoyées par le Docteur René Beauchef, de Laigle. Nous leur adressons tous nos remerciements.

Le début apparent se fait en octobre 1945. Le malade vient consulter pour une lésion sous-unguéale douloureuse du pouce gauche qui se présente comme une petite masse kératosique siégeant près du sillon externe, relevant et déformant l'ongle et s'accompagnant d'un léger suintement séreux. Insistons sur le fait que cette lésion était achromique et que l'écoulement était transparent. Le sujet exerçant une profession industrielle et ayant les mains continuellement exposées à des traumatismes de tout ordre, en contact permanent avec des huiles de graissage, on pense qu'il s'agit soit d'un panaris sous-unguéal négligé soit de l'inclusion d'un corps étranger. Malgré les pansements désinfectants, la lésion s'accroît et en novembre 1945 on la dégage aux ciseaux : elle a l'aspect d'un botryomycome dont on fait une exérèse large. Mais elle récidive et, en avril 1946, elle réalise un véritable chou-fleur qui a entraîné la chute de l'ongle. On pratique une seconde exérèse. La lésion récidive encore et au mois de juin, devant cette évolution inquiétante, on fait une biopsie. Les coupes montrent, à n'en pas douter, des boyaux néoplasiques, et des boyaux néoplasiques pigmentés. Mais ceux-ci sont difficiles à interpréter du fait des phénomènes suppuratifs et nécrotiques surajoutés. On hésite entre un épithélioma tatoué et un nævocarcinome. Quoi qu'il en soit, les Docteurs Camus et Beauchef proposent au malade la désarticulation du pouce. Mais, malgré leurs instances, le malade ne revient qu'en septembre. On pratique une seconde biopsie. Nous l'interprétons ainsi : « la tumeur est constituée par des boyaux compacts séparés les uns des autres par des tractus fibreux. Ces boyaux sont faits de cellules volumineuses, plutôt basophiles, tantôt tassées les unes contre les autres, tantôt disposées le long des axes conjonctifs comme des feuilles le long d'une branche, tantôt enfin dessinant de petites rosettes. En certains points, on note une disposition péricapillaire de type endocrinoïde. Il est manifeste que la tumeur s'est développée au-dessous de la peau qu'elle soulève et dont elle demeure parfaitement distincte. Cette tumeur contient des pigments mélaniques. Ceux-ci, comme il arrive fréquemment, sont disposés à la périphérie des boyaux cancéreux, tantôt intracellulaires, tantôt extra-protoplasmiques ».

A la suite de cette analyse, le malade fut envoyé en consultation auprès du Docteur Roux-Berger qui conseilla la désarticulation carpo-métacarpienne du pouce. L'intervention fut pratiquée le 14 octobre par le Docteur René Beauchef. L'examen

de la pièce opératoire a montré sur la tranche de section macroscopique, la présence de deux points noirs qui n'étaient pas perceptibles cliniquement. A cette époque, il n'y avait pas d'adénopathies palpables dans l'aisselle.

Observation II. — Il s'agit d'une femme de 63 ans que nous avons vue dans le service de notre maître, M. le Professeur Gougerot, le vendredi 29 novembre 1946. Elle avait été envoyée en consultation par un médecin de la région de Fontainebleau à notre ami, le Docteur Carteaud.

Toute la face dorsale de la dernière phalange du quatrième doigt de la main droite est occupée par une tumeur bourgeonnante, saillante, plutôt sèche, dont la coloration gris-fer affirme dès le premier coup d'œil la nature mélanique. L'histoire de cette malade est la suivante : jusqu'en 1945, elle n'avait absolument rien remarqué d'anormal à l'ongle de ce doigt, puis est apparue dans la rainure interne une petite plaie brunâtre croûteuse, non douloureuse, qui fut soignée par divers topiques jusqu'au moment où elle fit tomber l'ongle. A ce moment, le médecin traitant conseilla la désarticulation de la phalange. La malade, effrayée, refusa toute intervention. Quand nous la voyons, elle présente deux ganglions axillaires de la taille d'une noisette. Sur l'avis du Professeur Gougerot, le Docteur Matry désarticula le doigt au début de décembre 1946 et nous envoya les pièces opératoires du curage ganglionnaire. Nous n'avons pas été surpris d'y trouver de larges métastases nævo-carcinomateuses ayant une rare richesse de mélanine. A ce propos, relevons sur les coupes un caractère un peu particulier concernant le stroma ganglionnaire : nulle présence de tissu réticulo-endothélial tandis que le tissu lymphoïde, seul visible, réagit par une turgescence notable des centres germinatifs. Faut-il admettre que le tissu réticulo-endothélial, ayant consciencieusement phagocyté tous les éléments néoplasiques qui venaient à son contact, s'est gorgé de mélanine au point de ne plus pouvoir en être distingué ?

Anatomie pathologique

La lecture des différentes observations et l'examen de nos coupes personnelles nous ont convaincu qu'il n'existe aucune formule particulière à ces nævo-carcinomes dont l'aspect microscopique se confond avec celui des mélanomes tégumentaires quels qu'ils soient. Tous les intermédiaires se voient entre les types richement pigmentés, « charbonneux » et les types à peine pigmentés ou même dépourvus de mélanine.

Diagnostic

a) L'erreur habituelle est de prendre ces tumeurs (constamment irritées et surinfectées) pour des *panaris traînants*. A cet égard, voici une observation typique de Frank Adair :

Une femme de 44 ans, ayant reçu un coup sur l'index gauche, un panaris apparut pour lequel on fit douze curages en trois ans; on amputa même la phalangette. Six mois plus tard, le moignon devient rouge et douloureux, il faut amputer la deuxième phalange. L'état s'aggrave encore, on ampute la première phalange. Dès lors, apparition de multiples nodules cutanés à la main et au bras, à la poitrine, sur la paroi abdominale, le dos, etc. Malgré la radiothérapie, la mort survient rapidement.

Dans d'autres cas le diagnostic peut se poser avec une *périonyxis*, un *botryomycome*, voire un *chancre syphilitique*.

b) Après la chute de l'ongle, devant une plaie bourgeonnante extensive, le diagnostic hésite entre *pyodermite végétante*, *tuberculose végétante* et surtout *épithélioma spino-cellulaire*. C'est bien souvent une biopsie qui montre un nævo-carcinome auquel personne ne pensait.

c) Ce n'est que plus rarement que se pose la question d'une lésion encore sous-unguéale : *kératome*, *verrue*, *exostose*, *fibrome* (épiloïa). *Glomus* si elle est très douloureuse. *Angiome*, *Kaposi*, si elle est bleutée. *Hématome* surtout, *gangrène* par artérite, *onychomycose nigricante* si elle est noire. C'est en somme énumérer toute la pathologie péri- et sous-unguéale, dans laquelle il faut rendre au mélanome la place qu'il mérite.

Ce n'est que pour mémoire que nous citerons les deux cas historiques de métastase sous-unguéale (!), d'hyperépinéphrome et d'épithélioma parotidien.

Traitement

La conduite à tenir change suivant le stade évolutif :

a) si le mélanome est reconnu à l'extrême début, s'abstenir de toute biopsie et désarticuler la phalange ;

b) si le mélanome est déjà ulcéré et bourgeonnant, désarticuler le doigt ou l'orteil et faire systématiquement le curage des ganglions de l'aisselle ou de l'aine, même s'ils ne sont pas cliniquement perceptibles ;

c) dans certains cas inopérables la radiothérapie des métastases a pu amener des survies inespérées. Mais la radiothérapie du nævus lui-même doit toujours être délaissée au profit de l'amputation en raison du danger de radionécrose osseuse extrêmement douloureuse.

Il existe cependant des cas où la radiothérapie des métastases a eu un effet remarquable.

Frank Adair (C. A.), employé de bureau, 30 ans, consulte le 4 août 1922. Il a observé, il y a 4 ans 1/2, une petite bande noire a l'ongle du pouce droit. Cette bande noire persista en augmentant de surface et affecta l'ongle tout entier. Finalement il se produit une ulcération qui conduit à un curettage de la matrice, qui n'eut aucun résultat. On en fit un second sans plus de succès. En avril 1922, quatre mois avant son arrivée à l'hôpital, le malade remarqua une grosseur du volume d'un petit œuf dans l'aisselle droite. En juillet, on fait l'ablation du pouce et de la tumeur axillaire. C'est un mélanome. Puis apparût un petit nodule cutané à l'extrémité de la cicatrice d'amputation. Dans l'aisselle droite, il existe une cicatrice linéaire d'environ 10 centimètres de long à l'extrémité inférieure de laquelle on trouve une infiltration importante. Le 31 juillet, sur le moignon digital, rœntgenthérapie à bas voltage. Nouvelle séance le 9 août. Le 12 septembre, irradiation de l'aisselle droite. Le 12 octobre, on constate la disparition de tout bourgeon du pouce et de la plaque indurée de la cicatrice axillaire. Le malade a été revu le 20 janvier 1930 et il ne présentait plus rien de pathologique.

d) Les auteurs américains proposent un traitement en deux temps : d'abord l'amputation du doigt, puis le curage sus-épitrochléen et axil-

laire au bout de deux semaines en cas de métastase évidente, de six semaines en tant que mesure prophylactique pure.

Les résultats seraient, de la sorte, bien meilleurs. Comment expliquer ces faits ? Plutôt qu'une sorte de « vaccination » progressive hypothétique on peut admettre que le nævus décharge sans cesse des cellules migratrices dans le torrent lymphatique ; ces cellules s'accumulent dans les filtres ganglionnaires ; en ne curant ceux-ci que six semaines après avoir extirpé la lésion-mère on a laissé à toutes les cellules errantes le temps d'arriver aux filtres qui les arrêtent. Dès lors l'extirpation serait radicale ?

BIBLIOGRAPHIE

Adair (Franck) et Pack. — *Surgery*, 1939, n° 5, pp. 47-72.

Adair (Franck) et Pack (George T.). — Mélanomes sous-unguéaux et leurs diagnostics différentiels. *Bull. pour l'Étude du Cancer*, 1930, **19**, 549.

Affleck (Dean Howard). — *Am. J. Cancer*, 1936, **27**, 120.

Annendale. — *The Malformations Diseases and Injuries of the fingers and Toes and Their Surgical Treatment*, p. 167. Edimburgh, 1865.

Bauer (J. T.). — Malignant melanotic tumors in the Negro. *Arch. Path.*, 1927, **3**, 151.

Becker (William). — Malignant melanoma. *Internat. Cl.*, 1936, **3**, 1.

Bonnet (L.). — Tumeur mélan. du gros orteil. *Lyon Méd.*, 1911, **117**, 366.

Boyer. — Fongus Hématode du petit doigt. *Gaz. Paris*, 1834, 212.

Butterworth et Klauders (Joseph V.). — Malignant Melanomas arising in Mols. Report of fifthy cases. *J. A. M. A.*, 1934, **102**, 739.

Chauvenet et Dubreuil. — A propos de Mélanome périonyxique du petit orteil. *Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir.*, 1927, **53**, 143.

Colly (William B.). — Discussion of paper by Galloway. *Brit. M. J.*, 1931, **34**, 225.

Dawson (J. W.). — Melanomata ; their morphology and istolog. Study of cell origin and transformation with a critical discussion on aspects of Tumour Growth and a clinical Rewiew. *Edinburgh M. J.*, 1925, **32**, 510.

Dermagnay et Monod. — Cancer mélanique du pouce et de l'aisselle. *Gaz. Hôp.*, 1855, p. 415.

Dickson (J. A.) et Jarman (T. F.). — Subungual melanoma in Negroes. *An. Surg.*, 1932, **95**, 470.

Dubreuil (M. W.). — Carcinome mélanique unguéal. *Bull. Soc. Franç. Dermat. et Syphil.*, 1914, p. 399.

Dulin (J. W.). — Melanomas and melanosarcomas. *J. Iowa. M. Soc.*, 1935, **25**, 497.

Eisenblam (D.). — Über subunguale tumoren. *Wien. Klin. W.*, 1931, **44**, 1192.

Engman (M. F.) et Mook (W. H.). — Melanotic Willow. *Arch. Derm. and Syp.*, 1931, 23.

Evans (William A.) et Leucutia (T.). — The Treatment of melanotic Tumors of the skin, pigmented Moles and Malignant Melanomas. *Am. J. Rœntgenol.*, 1931, **26**, 236.

Ewing (James). — Neoplasic Diseases, 3. Philadelphia, 1928. W. B. Sunders company.

Faguet (Charles). — Du cancer mélanique des doigts. *Arc. Clin. de Bordeaux*, 1894, **18**, 448.

Farrell (H. J.). — Cutaneous Melanomas. *Arch. of Derm. and Syph.*, 1932, **26**, 110.

Gignaux (M.). — Nævocarcinome du pouce consécutif à un traumatisme. *Ann. de Méd. lég.*, 1936, **16**, 596.

Halle. — *Bull. Soc. Anat. de Paris*, 1883, **53**, 436.

Heller (E.). — Zur K. der Fibrome und Sarkome des Hand und Finger. *Inaugural Dissertation*. Leipzig, 1902.

Heller (Julius). — Die Krankeiten der Nagel. *Handbuch der Haut und Geschlechtskrankheiten*, p. 13. Part 2, Berlin, 1927, Julius Springer.

Hertzler (A. E.). — Melanotic Whitlow. *Arch. of Derm. and Syph.*, 1922, **6**, 701.

Hewer (T. F.). — Malignant Melanoma in coloured Races ; the role of Trauma in its Causation F. *Path. and Bac.*, 1935, **41**, 471.

Howse (C. B.). — Case of Melanotic Sarcoma of the right great Toe. *London Hosp. Gaz. Clin.* Supp. 4, 1897, 9.

HUTCHINSON (JONATHAN). — Melanotic Whitlow. *Brit. M. J.*, 1886, 491.
JAFFE (R. H.). — Malignant Tumors of the Nail Bed. *Surg. Gyn. and Obst.*, 1930, **50**, 847.
JONES (T. B.) — Melanoma of the Nail Bed. *Ann. Sur.*, 1924, **80**, 839.
KRASKE. — Subunguales Melanomas des linken. Mittelfingers. *Central. B. Chirurg.*, 1880, **7**, 605.
LEDIARD (H. A.). — Melanotic Sarcoma Growing from the Edge of the Nail of the Index Finger. *Tr. Path. Soc.*, London, 1888, **39**, 307.
MATRAS (A.). — Ein Beitrag zur Klinik und Therap. der Melanoma des Fusses. *Wien. Klin. W.*, 1932, **45**, 1038.
MURPHY (J. B.). — Subungual Melanoma Murphy's. *Clinics*, 1915, **14**, 6663.
NIEBERG (CARL). — Zur Statist. der melanotischen. Geschwulste. *Dissertation.* Wurzburg, 1882, p. 27.
PARDO-COSTELLO (V.). — *Diseases of the Nail.* Spingfield Ill. 1936. Charles C. Thomas Publis.
QUENSEL (K.). — Das primare Melanomastom und andere Tumoren des Nagelbettes. *Inaugural Dissertation*, Leipzig, 1927.
ROKOCH (CARL). — Über die chir. Affektionen d. Nagelgliedes mit besondere Berucksichtigung d. geschwulstbildenden Prozesse. *Dissert.*, Bon., 1889.
SCHOPPER (W.). — Über die Entstcheung malig. Melan. Tumor. des Nagelbettes auf traumat. Grundlage. *Central. f. all. Path. u. Path. Anat.*, 1930, **49**, 192.
SCHREINE (BERNARD F.) et WEHR (WILLIAM H.). — Primary Malignant Tumors of the Foot. *Radiology*, 1933, **21**, 513.
SCHWORER (R.). — Über Subunguale Sarkome. *Inaugural Dissertation*, Freiburg, 1887.
SPECHT (K.). — Über das primare subunguale Melanoblast. *Deutsche Ztschr. F. Chir.*, 1927, **202**, 390.
STEIN (ROBERT OTTO). — Die Tumoren der Nagel, in Artz and Zieler, Die Haut-und Geschlechtskrankheiten. 1934, **3**, 398.
TRIMBLÆ (W. B.). — Sarcome of the thumb. Report of two cases. *An. Med.*, 1903, **5**, 788.
VOLKMAN (RUDOLF). — Zwei melanotisch subunguale Sarkome. *Zbl. f. Chir.*, 1880, **8**, 611.

LE PEMPHIGUS CHRONIQUE BÉNIN FAMILIAL

Par M. BALTER
(Paris)

Une affection rare et curieuse, très mal définie encore, tant au point de vue étiologique qu'à celui de l'anatomie pathologique, est décrite en Amérique, depuis 1939, sous le nom de *Pemphigus chronique bénin familial* ou *maladie de Hailey et Hailey*.

Un cas européen, antérieur à l'article de Hailey et Hailey, semble se rattacher à cette affection, par l'évolution bénigne d'un pemphigus chez le frère et la sœur. La localisation des lésions n'est toutefois pas la même que celle des cas américains. Il s'agit du cas de Hübner (*Zbl. f. Haut.-u. Geschlechtskr.*, **55**, nos 10-11, 5 avril 1937, p. 618) dans lequel les lésions se situent sur la muqueuse buccale et laryngée. Depuis l'article de Howard et Hugh Hailey, d'Atlanta (*Arch. of Derm. and Syph.*, t. **39**, n° 4, avril 1939, p. 679), qui ont présenté deux frères âgés de 38 et 35 ans, atteints d'une affection que Hailey et Hailey pensent être une entité nouvelle, une série d'observations, toutes d'auteurs américains, a été publiée.

I. — Description clinique

L'affection frappe les *deux sexes*. Elle débute en général, sans cause apparente, *entre 16 et 30 ans*.

Elle siège surtout sur la *nuque*, les faces latérales du *cou*, plus rarement sur les aisselles, les aines, exceptionnellement sur les membres, le tronc et le visage.

Il s'agit, pour débuter, d'une tache érythémateuse ou papulo-vésiculeuse très prurigineuse. Puis se forme une *bulle* à contenu clair qui se trouble pour devenir puriforme. La pustule s'étend vers la périphérie, se rompt (fig. 1), suinte et une croûte ambrée, épaisse et molle, se forme (fig. 2).

La croûte tombe après 8 à 10 jours en laissant subsister une légère pigmentation brune.

L'éruption est formée de plusieurs *éléments groupés* qui dessinent des segments de cercle. A la limite des lésions, on voit une pellicule épidermique.

Au voisinage de la lésion le signe de Nikolsky est positif.

Une *adénopathie* directe, inflammatoire, douloureuse, est fréquente mais non constante.

Alors que certaines pustules tendent à la cicatrisation, d'autres éléments apparaissent. Ils augmentent de surface jusqu'à atteindre quelques centimètres de diamètre ; ils cessent alors de s'étendre et les croûtes se détachent. La guérison se fait en 4 à 8 semaines.

L'affection évolue par *poussées successives* et s'entretient pendant des années, rarement coupée par des périodes de repos complet. Elle est souvent plus active en été.



Fig. 1. — Malade de H. et H. Hailey.

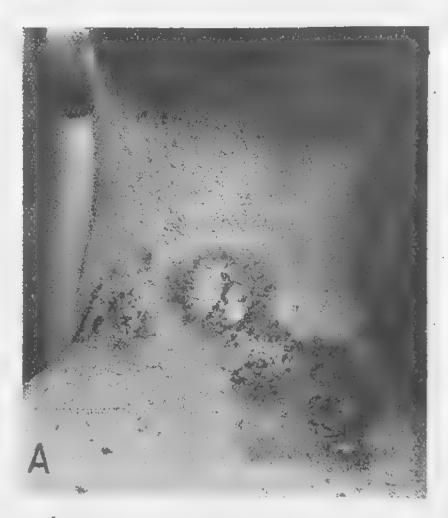


Fig. 2. — Autre malade de H. et H. Hailey.

Pendant les périodes de rémission, il persiste sur les parties du corps touchées par l'affection une *pigmentation* plus ou moins foncée, mais il n'y a pas de cicatrice.

Le seul signe subjectif qui précède, accompagne et suit la poussée est le *prurit* plus ou moins intense. Cependant la localisation des lésions sur la nuque est gênante car elle empêche le port d'un col qui irrite par frottement.

Il n'y a pas de signes généraux. L'état général n'est en rien touché et les malades continuent à vaquer à leurs occupations. La guérison est constante et le pronostic bénin.

II. — Lésions histologiques

Hailey et Hailey, ainsi d'ailleurs que les autres auteurs qui ont présenté des malades du même genre, ont pratiqué une biopsie des lésions. Fait

curieux, il n'y a pas eu, sur ces biopsies, d'unanimité au point de vue histologique. Hailey et Hailey ont montré leurs coupes (lésion nouvelle et lésion ancienne de chacun des deux malades) à cinq histopathologistes et à un nombre indéterminé de dermatologistes. Alors que trois sur les cinq histopathologistes ont posé un diagnostic précis de pemphigus, les deux autres ont simplement déclaré qu'il s'agissait vraisemblablement d'un pemphigus. Par contre, tous les dermatologistes ont affirmé qu'il s'agissait de coupes de maladie de Darier.

Dans leur article de 1939, Hailey et Hailey citent un cas de « Pemphigus chronique bénin familial » présenté en 1938 par J. R. Allison à la Société de Dermatologie du Sud-Est. Il s'agissait de deux frères âgés de 50 et 30 ans dont l'un, le cadet, présentait une kérato-conjonctivite en plus des lésions situées dans les aisselles, les aines, sur les jambes et le tronc. Les coupes histologiques des lésions de ces malades ont été examinées par le même groupe de dermatologistes qui avait déjà vu les coupes de Hailey et Hailey. Là encore le diagnostic histologique fut celui de la maladie de Darier.



Fig. 3. — Lésions histologiques du pemphigus bénin familial. Malade de Pinkus et Epstein.

Voici les caractéristiques histopathologiques fournies par Hailey et Hailey : formation de vésicules et de bulles intra-épidermiques, dyskératose, œdème des cellules épineuses avec infiltration lymphocytaire modérée, hyperkératose sur l'emplacement des bulles, séparation des couches externes de l'épiderme du *stratum granulosum*.

Le dernier article concernant le « Pemphigus chronique bénin familial » que nous avons pu consulter est celui de H. Pinkus et S. Epstein (*Arch. of Derm. and Syph.*, t. **53**, n° 2, février 1946, p. 118). Les auteurs présentent deux sœurs, jeunes femmes âgées de 27 et 22 ans, qui montrent des lésions identiques à celles décrites par Hailey et Hailey. Pinkus et Epstein ont étudié d'une façon très soigneuse les coupes des lésions des deux sœurs. Voici leur description (fig. 3) :

Toutes les couches de l'épiderme, sauf le *stratum corneum*, sont atteintes ; les cellules sont en prolifération par endroits, leur taille est augmentée et il existe des espaces intercellulaires.

L'augmentation de taille est due à un accroissement du cytoplasme mais la coloration des cellules reste normale. Les noyaux sont, eux aussi, augmentés de volume et restent sphériques jusque dans le *stratum granu-*

losum. La zone claire périnucléaire de l'endoplasme est diminuée ou même complètement absente.

Le fait le plus caractéristique est que, dans les couches suprabasales, les ponts intercellulaires sont rompus et de nombreuses cellules prennent une forme sphérique et sont isolées des autres.

La couche la plus haute du réseau de Malpighi montre une meilleure cohésion. Les couches granuleuse et cornée sont normales, sauf dans certaines zones où la surface de la peau a été détruite et l'épiderme entier est transformé en une croûte purulente.

Dans certaines zones on ne trouve qu'une simple séparation des cellules des couches inférieures avec conservation en gros de l'architecture. En d'autres points, on trouve des fentes et des espaces dans lesquels se trouvent des cellules épithéliales arrondies.

En d'autres points encore, des vésicules intra-épidermiques en forme de lacs ont formé par leur contenu, en addition à des cellules épithéliales et des leucocytes polynucléaires, un précipité granuleux. Ces altérations sont accompagnées par une augmentation de volume et un bourgeonnement des sommets du réseau de Malpighi qui compriment les papilles et fendent par en-dessous l'épiderme normal. Les figures de mitose sont rares.

Les cellules acantholytiques sont ordinairement arrondies et séparées, mais certaines adhèrent aux autres par de larges surfaces aplaties et peuvent former de gros blocs mûriformes. Les auteurs ont vu un cas de pseudo-phagocytose : une cellule sphérique étant entourée en partie par une autre en forme de bol. On rencontre des cellules binucléées parmi les éléments libres et des cellules multinucléées sont relativement fréquentes dans la couche supérieure cohérente du réseau. Certaines des cellules sphériques conservent dans le cytoplasme des débris de tonofibrilles.

La plupart des cellules se colorent normalement ; mais certaines deviennent acidophiles et hyalinisées alors que leurs noyaux sont hyperchromatiques et volumineux. On n'a pas pu mettre en évidence de kératinisation des cellules individuelles.

Dans aucune couche de la peau, ni dans la couche cornée, ni dans les couches supérieures du réseau de Malpighi, on n'a trouvé de cellules dyskératosiques.

Le chorion est œdématié dans son tiers supérieur. Les vaisseaux sont élargis et contiennent des granulocytes neutrophiles. On trouve une légère infiltration périvasculaire de cellules rondes. Il y a une diminution des fibres élastiques.

Pinkus et Epstein font observer d'après cette étude histologique que :

Les coupes dans les zones d'acantholyse sont identiques ou du moins très ressemblantes aux coupes de culture de peau : rupture des ponts intercellulaires avec conservation de débris de tonofibrilles dans le cytoplasme. Les cellules deviennent sphériques mais peuvent se regrouper en s'aplatissant les unes contre les autres ou en entourant les autres en partie (pseudo-phagocytose).

III. — Discussion nosologique

La discussion des auteurs qui ont publié des observations analogues portait sur la question suivante : cette affection est-elle une variété de dyskératose folliculaire ou une entité distincte ?

Dans la maladie de Darier le tableau histologique est caractérisé par quatre particularités : hyperkératose, dyskératose, acantholyse, prolifération des cellules basales du type épithéliomateux.

De ces particularités les coupes de Pinkus et Epstein n'en montrent que deux : léger degré de prolifération des cellules basales, acantholyse exagérée, conduisant à la rupture complète de l'épiderme et à la vésiculation. Il n'y a pas d'hyperkératose ; quant à la dyskératose, il n'y en a pas si ce terme signifie que les cellules individuelles entreprennent d'une façon anormale la fonction spécialisée de kératinisation.

Il manque donc dans ces coupes deux caractères essentiels de la dyskératose folliculaire de Darier.

Pinkus et Epstein affirment encore que les caractères des lésions trouvées dans leurs coupes montrent qu'il s'agit d'un processus de longue durée, contrairement à l'opinion de Frank et Rein (*Arch. of Derm. and Syph.*, t. **45**, n° 1, 29 janvier 1942) qui pensent que les vésicules peuvent apparaître en l'espace de quelques heures.

Le fait remarquable que signalent encore Pinkus et Epstein est que seul est normal, dans leurs coupes, l'épithélium périfolliculaire et périporal alors que l'on discute encore sur la signification des modifications pathologiques du follicule dans la maladie de Darier. De toute façon, alors que dans le « Pemphigus chronique bénin familial » les follicules pileux ne sont que très rarement touchés, dans la maladie de Darier les phanères semblent être les centres favoris des lésions (Ellis, *Arch. of Derm. and Syph.*, t. **50**, 27 juillet 1944).

En dehors des coupes histologiques les auteurs qui ont décrit cette affection ont pratiqué d'autres *examens de laboratoire :*

L'étude bactériologique du contenu des pustules montra à Hailey et Hailey la présence de streptocoques en chaînettes courtes.

Tous les autres examens ont donné des résultats normaux sauf 6 o/o d'éosinophilie chez les malades de Pinkus et Epstein.

Peut-on, devant ces faits, parler d'une entité bien définie ?

Au point de vue étiologique, Hailey et Hailey ont cherché à trouver une cause possible à cette affection, mais ils n'ont pas réussi.

Ils éliminèrent successivement : une intoxication par ingestion d'un produit chimique ; une infection locale streptococcique ; une irritation locale par frottement, par exposition à la lumière solaire, par produits toxiques ; la possibilité enfin d'une anomalie anatomique prédisposante.

Les autres auteurs ne semblent pas avoir mieux réussi dans la recherche d'une cause possible.

Étant donné le caractère familial de l'affection, il est possible de penser à une *maladie contagieuse* microbienne. Or, dans le cas princeps de Hailey et Hailey, les deux frères qui présentaient les lésions ne vivaient pas ensemble alors que les personnes de leur entourage étaient indemnes.

S'agit-il d'une *génodermatose* ? Le fait que l'affection frappe les membres d'une même famille peut être en faveur de cette hypothèse. L'observation de Traub (*Arch. of Derm. and Syph.*, t. **44**, 1941, p. 94) dans laquelle la mère, la fille et le fils présentaient l'affection, l'étude de Becker et Obermayer (*Arch. of Derm. and Syph.*, t. **41**, n° 6, juin 1940, p. 1170) qui trouvent, sur 78 membres en 3 générations d'une famille, 27 atteints dont 12 hommes et 15 femmes, l'observation de Rein (*Arch. of Derm. and Syph.*, t. **44**, 1941, p. 963) dans laquelle le père et deux fils sont atteints, semblent confirmer l'idée d'une affection héréditaire en dominance.

Il est cependant un peu tôt de conclure, étant donné la nouveauté de la maladie et nous pensons qu'il faut encore attendre pour pouvoir affirmer ou non l'hérédité de l'affection.

Au point de vue clinique, il semble que le « Pemphigus chronique bénin familial » soit une affection facilement reconnaissable mais cependant les malades de Hailey et Hailey ont été longtemps traités pour de l'impétigo ; certains auteurs ont pensé à une dermatite herpétiforme (Becker et Obermayer), d'autres parlent même d'eczéma (Rein). Pinkus et Epstein écrivent que, par endroits, les lésions ressemblent à du lichen chronique simple.

Au point de vue histologique enfin, rappelons les discussions que nous avons signalées au sujet de la différence qui existe entre la maladie de Hailey et Hailey et la kératose folliculaire de Darier. M. H. Goodman (*Arch. of Derm. and Syph.*, t. **40**, 1939, p. 272) discutant les coupes de Hailey et Hailey affirme qu'au point de vue histologique il s'agit d'une maladie de Darier. Becker et Obermayer éliminent à la fois le pemphigus et la maladie de Darier à cause du manque d'éléments typiques. Traub (*Arch. of Derm. and Syph.*, t. **44**, 1941, p. 94) élimine le diagnostic de la maladie de Darier.

IV. — Traitement

Les traitements essayés ont été nombreux et variés.

Hailey et Hailey ont vacciné leurs malades avec des stock-vaccins et des autovaccins préparés à partir de streptocoques contenus dans le pus des pustules. Ils ont essayé des traitements de choc par sang coagulé alternés avec des injections d'arséniate de fer. Enfin un traitement par rayons X et rayons ultra-violets fut tenté. Tous sont restés sans résultats.

Lynch (*Arch. of Derm. and Syph.*, t. **43**, n° 73, 6 avril 1941) a administré à ses malades du sulfathiazol. Ce médicament semblait réagir favorablement.

Pinkus et Epstein ont essayé d'abord, sans aucun résultat, une pommade à la sulfanilamide. Ils ont employé ensuite la sulfapyridine à la dose de 3 grammes par jour. Ce traitement nettoyait les lésions mais celles-ci réapparaissaient lorsque les malades cessaient pendant 3 jours d'absorber le médicament.

Ils ont enfin essayé la vitamine A à haute dose : 100.000 unités par jour. Il semble que cette médication ait le mieux réussi puisque les malades n'ont pas présenté de rechute entre décembre 1944 et février 1946.

*
* *

Que pouvons-nous conclure devant ces faits ?

1° *Au point de vue clinique*, il semble bien s'agir d'une affection nouvelle et assez rare. Elle est caractérisée par des vésico-pustules, des croûtes et une pigmentation brune. Elle siège principalement sur la nuque et les faces latérales du cou ; elle provoque une légère adénopathie inflammatoire directe et est très prurigineuse.

Surtout, elle évolue par poussées successives s'étalant sur de nombreuses années, avec parfois rémissions spontanées et complètes. Son pronostic est bénin.

C'est une maladie familiale touchant toujours au moins deux membres d'une même famille, en général deux frères ou deux sœurs, parfois elle donne l'impression d'être héréditaire en dominance, frappant un grand nombre de personnes en plusieurs générations.

2° Le *diagnostic différentiel* est à faire surtout avec la maladie de Darier dans sa forme bulleuse, l'impétigo, l'eczéma et le lichen pouvant être facilement éliminés. Cependant la maladie de Darier présente des symptômes (lésions des phanères : ongles, lésions localisées surtout aux follicules) qui manquent chez les malades atteints de « Pemphigus chronique bénin familial ».

3° *Au point de vue étiologique*, rien n'a pu encore être démontré et la discussion reste ouverte entre affection contagieuse et génodermatose en dominance.

4° *Au point de vue histologique*, enfin, le diagnostic est à faire surtout entre :

a) La forme bulleuse de la *maladie de Darier*. Mais le manque d'éléments majeurs tels que hyperkératose, dyskératose et corps ronds pseudo-coccidiques, l'intégrité des phanères et en particulier des follicules pilo-sébacés ne permettent pas d'affirmer ce diagnostic, quoique certains auteurs semblent avoir vu dans leurs coupes dyskératose et hyperkératose peu marquées.

b) Un *pemphigus* de forme spéciale. Les caractéristiques histologiques de cette affection sont évidemment assez semblables à celles de la maladie de Hailey et Hailey.

Pouvons-nous considérer le nom de « Pemphigus chronique bénin familial » comme définitif ? Dès à présent les auteurs américains proposent des appellations différentes. Becker et Obermayer suggèrent le nom de « Dyskératose bulleuse héréditaire ». Pinkus et Epstein, faisant remarquer que cette appellation, étant donné l'absence de dyskératose dans leurs coupes, n'est pas meilleure que celle de pemphigus chronique, proposent « l'Acantholyse chronique récidivante ».

Nous pensons qu'il faut, avant de se faire une idée définitive de cette curieuse affection, attendre d'autres observations et d'autres études.

RECUEIL DE FAITS

CONTRIBUTION AU TRAITEMENT DE L'IMPÉTIGO HERPÉTIFORME DU TYPE HEBRA-KAPOSI

Par

S. TEODORESCOU,
Prof. de Clinique Dermatologique (Bucarest).

A. CONU,
Assistant de la Clinique.

L'évolution le plus souvent mortelle de l'impétigo herpétiforme, dermatose extrêmement rare heureusement, et d'étiologie inconnue, nous a engagés à étudier de plus près le cas dont nous donnons la description.

Observation. — F. G., âgé de 45 ans, tailleur de profession, vient à la Clinique dermato-syphiligraphique de Bucarest, le 9 juillet 1945 pour :

1° la présence de pustules de volume variable, pour la plupart groupées, siégeant au niveau du membre supérieur droit et de la région génito-crurale gauche ;

2° une tuméfaction de la région palpébrale gauche et de la région rétro-auriculaire droite qui offraient les mêmes éléments éruptifs ;

3° un état général grave, caractérisé par faiblesse accentuée, anorexie, pâleur des téguments et des muqueuses, frissons et fièvre autour de 39°.

Historique. — Le malade affirme que, environ une semaine avant l'hospitalisation, il a observé, sur l'avant-bras droit, l'apparition de 5-6 saillies contenant un liquide jaunâtre.

Les jours suivants, leur nombre augmenta et par places elles confluèrent. Quelques jours plus tard, d'autres groupes d'éléments identiques firent leur apparition sur la face dorsale de la main droite, du bras et de la région axillaire. En même temps, les deux paupières gauches se sont tuméfiées, de même que la région rétro-auriculaire droite.

Antécédents hérédo-collatéraux, sans importance.

Antécédents personnels. — Aucune maladie contagieuse dans le passé du malade. Vieux bronchitique, le sujet fume et boit modérément de l'alcool.

État présent. — L'examen objectif fournit les renseignements suivants (fig. 1) : sur la face dorsale de la main droite sont groupées une série de pustules dont la plupart ont la dimension d'une lentille; d'autres sont un peu plus volumineuses, réalisant deux placards plus petits, ayant la forme d'un ovale irrégulier dont le grand axe mesure environ 5 centimètres le long du membre et 3 placards plus petits, plus ou moins ronds, ayant un diamètre d'environ 1 centimètre.

Par ce groupement des éléments pustuleux, l'aspect des placards est nettement herpétiforme. Sur la face dorsale des quatre derniers doigts de la main droite, au niveau de la première phalange, y compris les côtés latéraux des doigts et une partie du sillon interdigital, remontant jusqu'à l'articulation métacarpo-phalangienne, on voit un placard pustuleux dont le grand diamètre est de 5 centimètres et où la plupart des pustules ont conflué. Au niveau de la région antéro-externe du

coude, qu'il dépasse de 7-8 centimètres, en haut et en bas, il existe un placard irrégulier, à bords polycycliques, résultant de la confluence de plusieurs groupes de pustules siégeant sur un fond érythémateux, dont la plupart conservent leur contenu intact, tandis que d'autres groupes n'offrent qu'une périphérie pustuleuse, le centre étant occupé par une croûte brune, légèrement adhérente.

Dans la région axillaire antérieure droite, comme dans le pli génito-crural gauche, les mêmes éléments pustuleux forment aussi des placards, bien délimités, à bords polycycliques, résultant de la confluence de plusieurs groupes de tels éléments.

Sur la face antérieure de l'avant-bras gauche, dans son tiers inférieur, il y a deux groupes d'éléments pustuleux, nummulaires, dont le diamètre est d'environ 2 centimètres et quelques pustules disséminées, à contenu intact ou recouvertes d'une croûte.

Les deux paupières de l'œil gauche sont tuméfiées, rouges, proéminentes, réduisant à quelques millimètres l'ouverture palpébrale. Sur la surface ainsi œdématiée et congestionnée, on trouve des pustules miliaires formant des groupes de 5 à 6 éléments, et, par places, quelques exulcérations. En arrière de l'oreille droite, un placard proéminent d'un relief d'environ 1 centimètre et d'une coloration rouge violacée, bien délimité, présente sur sa surface les mêmes éléments éruptifs.

L'éruption, dans sa totalité, n'est pas prurigineuse; mais les lésions sont en général douloureuses.

État général. — Le malade est très affaibli, avec une anorexie complète, un tissu musculo-adipeux réduit, des muqueuses et des téguments pâles; il est fébrile, 38°9, avec parfois des frissons assez accentués.

Du côté des reins, oligurie (environ 700-800 grammes en 24 heures), avec présence d'albumine dans l'urine.

L'hémogramme montre une anémie avec 4.000.000 hématies, une leucocytose relative avec 75 o/o de polynucléaires neutrophiles. Dans le sang, la réaction de Bordet-Wassermann est positive; le malade est un ancien syphilitique.

Nous appuyant sur l'aspect clinique (altération assez marquée de l'état général, présence sur les téguments, disposés en groupes, d'éléments pustuleux miliaires ou lenticulaires à contenu trouble, absence d'un polymorphisme éruptif et de la sensation de prurit), nous avons posé le diagnostic d'impétigo herpétiforme du type Hebra, diagnostic corroboré par l'impossibilité de mettre en évidence, sur les frottis répétés, la présence d'un agent pathogène dans le contenu des pustules.

En outre, les cultures sur des milieux solides et liquides (gélose et bouillon glucosé à 2 o/o) ont donné également un résultat négatif, tandis que les auto-inoculations, répétées à plusieurs reprises avec le contenu des pustules, sont restées toujours négatives.

L'évolution ultérieure des lésions chez notre malade, observée avec la plus grande attention, nous a permis de constater les faits suivants :

Le second et le troisième jour, le même état général assez grave a persisté. De plus, un groupe de 5-6 pustules miliaires sont apparues sur la face antérieure du poignet gauche.

Le quatrième jour, au membre supérieur gauche, à savoir sur les placards occupant la face dorsale de la main et de l'avant-bras, les pustules sont devenues plus distinctes par leur tendance à confluer. Par places, la surface des placards est recouverte d'une sécrétion séro-purulente et on n'y distingue pas les pustules.

Le cinquième jour, la périphérie des placards n'est plus délimitée par des pustules distinctes, mais par un bord pustuleux. Sur les téguments de la face antéro-externe de l'avant-bras droit, qui étaient restés indemnes, viennent d'apparaître des groupes de quelques éléments pustuleux, lenticulaires, de même que des pustules isolées, siégeant à des distances variant de quelques millimètres à 1 centimètre. Depuis ce jour, commence à faire son apparition, dans certains points sur les placards situés sur la face dorsale de la main droite et sur la face antéro-externe de l'avant-bras, une croûte noirâtre qui, au cours des trois jours suivants, recouvre le placard tout entier, devenant uniforme. Cette croûte, relativement superficielle,

est assez adhérente et à caractère escharrotique, au-dessous de laquelle se trouve une sécrétion purulente et fétide. Jusqu'à ce moment, le seul traitement institué à notre malade a consisté en pansements humides, légèrement antiseptiques, changés 2-3 fois par jour.



Fig. 1. — Avant le traitement.

A partir du huitième jour, on commence à lui administrer 4 grammes d'Eleudron par jour, pendant 5 jours.

Dès les premiers jours de cette thérapeutique, l'état général s'améliora; la température, à la fin du cinquième jour, descendit à 36°8.

L'aspect des lésions se modifia; la croûte s'arrêta dans son évolution, ses bords commencèrent à se décoller pour s'éliminer complètement après les 5 jours de traitement sulfamidique, laissant après elle une superficie exulcérée, un peu plus

profonde sur la face dorsale des doigts. Les pustules des placards qui n'avaient pas évolué vers la formation de croûtes escharrotiques se sont réduites comme volume. L'œdème palpébral et rétro-auriculaire a cédé d'une façon sensible et la pustulation à ce niveau s'est circonscrite et a commencé à sécher.



Fig. 2. — Après le traitement.

Pendant trois jours, les sulfamides ont été suspendus. Mais, pendant cet intervalle, des pustules isolées, étant apparues sur l'avant-bras droit, certaines d'entre elles ayant tendance à confluer, on reprend l'Eleudron, toujours à la dose quotidienne de 4 grammes, traitement continué pendant cinq autres jours, pendant lesquels on a constaté une action favorable nette du médicament sur les nouveaux éléments, tandis que les surfaces exulcérées, nettoyées dès la première cure, se sont épidermisées en grande partie.

Vers le 25e jour de son séjour à l'hôpital, les lésions anciennes et nouvelles ont guéri complètement. Retenu en observation à la clinique, après dix jours de guérison complète, on a constaté chez lui l'apparition, sur l'avant-bras gauche, de pustules d'abord isolées, confluant ensuite en deux placards herpétiformes, dont le diamètre était de 2-3 centimètres, transformés ultérieurement en croûtes escharrotiques superficielles.

En outre, des lésions pustuleuses firent leur apparition au niveau de la région cervicale postérieure. Une dose quotidienne de 5 grammes d'Eleudron, continuée pendant deux jours, fit disparaître ces lésions. L'état général du malade fut très amélioré.

Puisqu'il s'agissait d'un ancien syphilitique qui avait suivi un traitement irrégulier et dont la réaction de Bordet-Wassermann était fortement positive dans le sang, on commença à lui faire un traitement antisyphilitique par des injections de bismuth, au cours duquel le malade était observé tous les jours; nous n'avons plus constaté l'apparition de nouveaux éléments.

Complètement guéri, le malade quitta la clinique après 68 jours d'hospitalisation.

Mais, 15 jours après sa sortie, il revient se plaindre de l'apparition d'une lésion à la plante droite. En effet, au milieu de la plante droite, on voit une lésion bulleuse assez saillante, dont le diamètre est de 1 cm. 5, avec un léger halo inflammatoire. L'évolution ultérieure de cette lésion a montré une surface exulcérée qui, après quelques jours, s'est transformée en une ulcération assez profonde, d'environ 5 millimètres, dont le fond était recouvert par une sécrétion séro-purulente. On institua encore un traitement par l'Eleudron pendant deux jours (5 grammes par jour) et des pansements faiblement antiseptiques, qui entraîna la guérison de cette lésion en deux semaines à peu près.

Jusqu'aujourd'hui, il n'est plus apparu de lésion nouvelle, fait constaté aux visites régulières qu'il nous a fait à la clinique (la dernière est du 21 septembre 1946) (fig. 2).

En conclusion, il ressort que :

1° Il s'agit d'un nouveau cas de la dermatose décrite pour la première fois par Hebra et Kaposi. C'est une affection aiguë, à état général grave, avec des poussées éruptives continues.

2° Comparé aux descriptions classiques de l'impétigo herpétiforme, notre cas offre quelques particularités évolutives, à savoir le caractère nettement escharrotique des croûtes qui apparaissent à la suite du processus de pustulation, phénomène qui n'est pas habituel dans de tel cas.

3° L'administration des sulfamides à noyau thiazolé a eu un résultat inattendu dans notre cas que nous considérons comme appartenant à la catégorie des formes graves d'impétigo herpétiforme. Elle a, en effet, conduit à la guérison totale du malade dans un délai relativement court alors que cette maladie, dans une forte proportion des cas, aboutit à la mort.

4° Cette action des sulfamides thiazolés a été très évidente non seulement sur l'évolution totale de l'éruption déjà constituée dès l'admission du sujet à la Clinique, mais aussi sur les éléments éruptifs nouveaux qui prirent une évolution bénigne.

5° Le résultat favorable du traitement que nous avons institué est de nature à nous permettre de penser que, des quatre théories pathogéniques de cette maladie (endocrinienne, auto-intoxication, nerveuse et infectieuse), la dernière, à laquelle d'ailleurs la plupart des auteurs adhèrent, est la plus rapprochée de la vérité, malgré que l'agent pathogène reste encore inconnu.

Fig. 63. — Grand nævus pigmentaire verruqueux et pileux, dit « en caleçon de bains ». Nombreux petits nævi pigmentaires (Gaté).

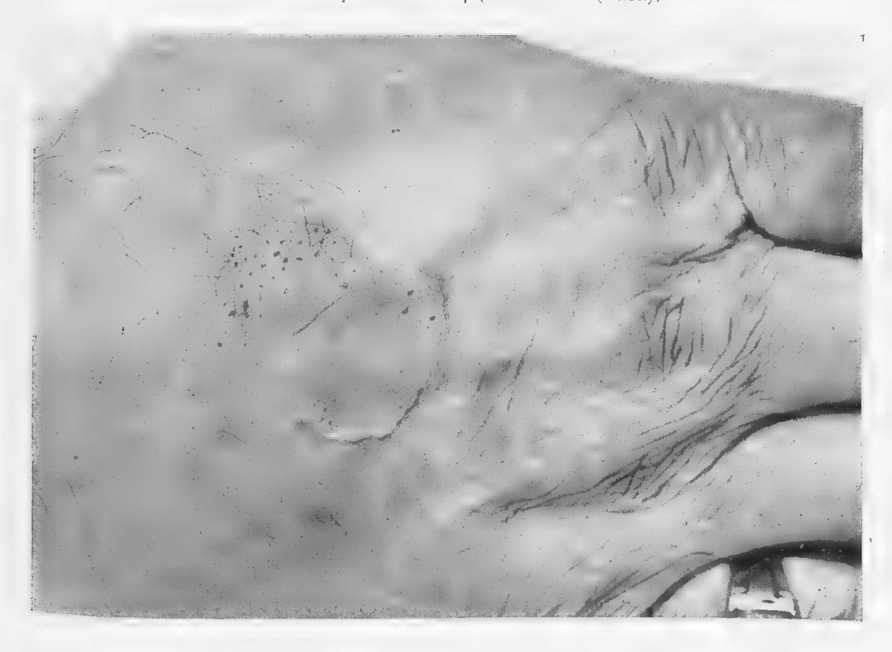


Fig. 64. — Porokératose de Mibelli sur le dos de la main (homme de 52 ans) (Touraine).



Fig. 65 — Maladie de Pick-Herxheimer (femme de 60 ans) (Degos).



FIG. **66.** — Lichen atypique du dos à forme annulaire (femme de 27 ans) (GOUGEROT).



Fig. 67. — Lichen plan du voile du palais (homme de 64 ans) (Tzanck).



Fig. 68. — Hydroa vacciniformia (garçon de 11 ans) (Touraine).

ANALYSES

3w. — *Mycothérapie.*

Henry Pénau. — **Aperçus relatifs à la préparation de la pénicilline**. *Paris-Médical*, année **36**, n° 50, 14 décembre 1946, pp. 2-12.

On trouvera dans cette étude détaillée de la médication pénicillinique toutes les indications nécessaires sur les propriétés culturales et antibiotiques de la pénicilline, la composition chimique des produits employés, leur mode d'absorption et d'élimination, l'administration des doses, etc.

Dans l'impossibilité où nous nous trouvons d'entrer ici dans le détail de la question, nous ne pouvons que conseiller au lecteur de se reporter à cet article des plus documentés et des plus instructifs où il trouvera tous les renseignements qui peuvent lui être nécessaires. Lucien Périn.

X. — **Chewing-gum à la pénicilline** (Penicillin chewing-gum). *The Lancet*, vol. **1**, t. **252**, n° 1, 4 janvier 1947, p. 29.

Proposée par Mac Gregor et Long (*Brit. dent.* t. **78**, 1945, p. 33) contre les gingivo-stomatites ulcéreuses, cette préparation renferme 10.000 U. par tablette (portés à 60.000 à 90.000 U. par Dolkart, *Quart. Bull. Nihwest Univ.*, **20**, 1946, 418). Le sel de calcium y reste plus longtemps actif (plus de 7 heures) que celui de sodium (2 heures).

Les résultats sont bons dans l'angine de Vincent, les angines, pharyngites, stomatites, etc. A. Touraine.

M. F. F. Hellier. — **La pénicilline en dermatologie**. *Archives belges de Dermatologie et de Syphiligraphie*, t. **3**, fasc. 1, novembre 1946, pp. 68-74.

Le conférencier insiste d'emblée sur le fait que la pénicilline n'agit que dans des conditions infectieuses et n'est pas efficace dans les cas de dermatite, de lichen plan, d'urticaire, etc. Elle n'agit que sur les micro-organismes qui lui sont sensibles et il ne faut donc pas la gaspiller dans les maladies telles que la tuberculose ou les mycoses. Si la pénicilline agit, elle produit des effets en très peu de jours, généralement en moins d'une semaine. Si un malade n'a pas réagi en ce temps, il faut conclure qu'on a affaire à une maladie rebelle à la pénicilline ou que le microbe est pénicillino-résistant. De plus, si on continue d'employer la pénicilline pendant plus d'une semaine, on risque de produire une race de micro-organismes pénicillino-résistants.

La pénicilline a été employée le plus souvent localement avec, comme véhicule, une émulsion de 30 o/o de Lanette wax avec de l'eau et 200 à 400 U. de pénicilline par gramme d'eau.

Dans l'armée britannique la pénicilline a économisé énormément de temps d'hospitalisation dans l'impétigo et aussi dans les pyodermites. Dans le sycosis les premiers résultats avec la pénicilline furent éclatants; mais, bien que plusieurs

malades purent guérir, beaucoup d'entre eux eurent une rechute après des semaines ou des mois. Dans les furoncles, la pénicilline employée localement n'est pas très efficace : elle agit dans les petites folliculites qu'on trouve autour d'un grand furoncle. Dans les dermatites infectées, il y a une forte amélioration pendant quelques jours, puis l'état devient stationnaire. On ne peut évidemment attendre d'amélioration par la pénicilline quand l'infection a disparu. Dans 2 cas d'érysipéloïde de Rosenbach, l'A. a vu disparaître les lésions en vingt-quatre heures.

Dans la blennorragie, l'A. obtient environ 95 o/o de guérisons en donnant 15.000 U. toutes les trois heures jusque 100.000 ou 150.000 U. En employant 100.000 U. de pénicilline mélangée avec la cire d'abeilles avec en même temps 40.000 U. de pénicilline ordinaire, celle-ci pour élever rapidement la quantité dans le sang, les résultats sont presque aussi concluants.

Dans la syphilis, il faut une dose beaucoup plus forte : 60 injections de 40.000 U. toutes les trois heures. Un auteur américain a déclaré qu'il a eu 20 o/o de non réussites au bout de 6 mois. On voit très peu de réactions nocives avec la pénicilline. De temps en temps, il y a une réaction du type Herxheimer. Peut-être la complication la plus importante est l'abcès car beaucoup de microbes virulents comme le bacille pyocyanique peuvent fleurir dans une solution de pénicilline.

LOUIS VISSIAN.

O. CANIZARES. — **Penicillin in Dermatology**. *Arch. of Dermat. and Syph.*, **54**, n° 1, juillet 1946, pp. 19-24. Bibliographie.

Statistique de 174 cas traités par la pénicillinothérapie locale.

Action favorable dans les dermatoses infectieuses ou secondairement infectées. Un érysipéloïde de Rosenbach guéri par 100.000 U. intramusculaires. Les applications locales peuvent déterminer des réactions cutanées comme d'ailleurs les préparations à base de sulfamides. Il semble bien que le véhicule idéal (pommade, solution) soit encore à trouver. Jusqu'à ce que les questions relatives à la sensibilité locale à la pénicilline ne seront pas élucidées il convient de l'employer avec circonspection.

L. GOLÉ.

F. E. CORMIA et W. D. ALSEVER. — **Usage et abus de la pénicilline en dermatologie** (Uses and Abuses of Penicillin in Dermatology). *Arch. of Derm. and. Derm.*, **54**, n° 2, pp. 136-149.

D'une étude portant sur de nombreux cas, les A. concluent à l'action favorable de la pénicilline dans les pyodermites résistantes. Un test devra toujours précéder le traitement qui consistera, de préférence, en applications locales d'une préparation soluble d'une concentration de 500 U. par gramme, mais cette concentration peut être plus élevée. L'adjonction de sulfamides ne paraît guère améliorer les résultats.

Mais les A. insistent sur les inconvénients des doses trop faibles ou de trop courte durée, susceptibles d'entraîner une pénicillo-résistance.

L. GOLÉ.

M. J. PELCZAR et S. W. BAREFOOT. — **Pouvoir antibactérien de la pénicilline sodique envers le staphylocoque doré hémolytique B** (Antibacterial potency of penicillin sodium to beta hemolytic staphylococcus aureus). *Arch. of Derm. and Syph.*, **54**, n° 6, 1946, pp. 704-710.

Une température basse (4°) est nécessaire pour conserver le pouvoir antibactérien des préparations à base de pénicilline (qu'il s'agisse de préparations aqueuses glycérinées ou, surtout, de crèmes).

Le pouvoir antibactérien est diminué de moitié dans les trois jours, quel que soit le mode de conservation dans une solution aqueuse glycérinée à 5 o/o; mais

le pouvoir reste ensuite pratiquement le même durant les 8 jours suivants, ensuite décroissance rapide à la température de la pièce mais aucune diminution notable pendant 24 jours si la température est de 4°.

D'autres considérations interviennent (solvants aqueux, crèmes, gelées) et, par ailleurs, le pouvoir antibactérien diminue, de façon variable, à la surface de la préparation et dans la masse de celle-ci.

La réfrigération paraît, quels que soient les véhicules employés, être indispensable pour la conservation d'une préparation à base de pénicilline.

L. Golé.

M. J. Morginson (Salt Lake City). — **Les réactions toxiques accompagnant la thérapeutique à la pénicilline** (Toxic reactions accompanying Penicillin Therapy). *Journal of the American Medical Association*, t. **132**, n° 15, 14 décembre 1946, pp. 915-919, 4 tableaux.

Article très détaillé sur les réactions toxiques après emploi de la pénicilline. Bibliographie très abondante.

L'auteur groupe les réactions toxiques de la pénicilline en 4 chapitres :

I. — Action toxique directe. — La pénicilline n'est pas toxique aux concentrations thérapeutiques. 5.000 U. par centimètre cube de sang n'ont pas d'effets nocifs. La dose toxique est, chez la souris, 64 fois la dose utile.

Surtout, la pénicilline ne provoque aucun trouble des organes hémopoïétiques et peut être employée sans danger chez les malades présentant une grosse anémie, une leucopénie ou de l'agranulocytose.

Les seuls effets toxiques de la pénicilline semblent dus aux impuretés contenues dans les cultures.

La purification diminue apparemment la toxicité.

De plus, la toxicité dépend du radical cation employé et augmente progressivement avec les sels de sodium, ammonium, strontium, calcium, magnésium et potassium.

Gottschalk et Weiss ont démontré que la pénicilline n'est pas un irritant cutané direct.

II. — Action antigène. — La pénicilline commerciale ou cristallisée possède des propriétés antigéniques et allergiques bien définies.

Dans ce cas encore, les impuretés augmentent ces propriétés; la pénicilline de couleur foncée semble provoquer des réactions plus fortes et plus nombreuses que celle de couleur claire. Mais Cormia et ses collaborateurs (*Bull. U. S. Army M. Dept.* t. **4**, décembre 1945, 694) ont établi qu'il n'y avait pas de rapport entre la couleur et la toxicité de la pénicilline.

La sensibilité à la pénicilline peut se manifester par des réactions immédiates ou tardives.

Les *réactions immédiates* surviennent habituellement chez des personnes de sensibilité connue ou qui ont reçu des injections antérieures de ce médicament; cependant un petit pourcentage de la population est spontanément sensibilisé.

Il est douteux qu'il existe une sensibilité naturelle héréditaire sans contact préalable, car le contact peut avoir été intra-utérin ou le malade peut présenter une sensibilité générale aux moisissures; Henel-Nichols et Heilman (*J. A. M. A.*, t. **125**, 12 août 1944, 1003) ont démontré le passage de la pénicilline à travers le placenta.

Jadassohn-Schaaf et Wohler ont démontré en 1937 que les champignons avaient un facteur antigénique commun en plus de facteurs particuliers à chaque espèce.

Les sujets peuvent être sensibles à la pénicilline parce qu'ils possèdent une sensibilité commune à toutes les moisissures. Cormia et Lamb pensent qu'une

dyshidrose des pieds ou des mains peut représenter, par exemple, ce facteur antigénique commun aux moisissures.

La sensibilité à la pénicilline peut être très courte ou de longue durée; on peut même penser qu'elle devient permanente.

Les signes toxiques peuvent n'apparaître que quelques semaines après l'injection.

La sensibilité à la pénicilline peut être dermique ou épidermique quoique le tissu le plus touché semble être le système vasculaire.

Gottschlak et Weiss (*Arch. of Derm. and Syph.*, t. **53**, avril 1946, 365) pensent que la sensibilisation épidermique ne prédispose pas aux sensibilisations dermiques ou vasculaires. Cependant Cormia cite un grave accident suivant une application locale de pénicilline.

Les symptômes allergiques sont habituellement bénins et transitoires, cependant l'unanimité des auteurs n'est pas faite sur la question de savoir s'il faut ou non poursuivre le traitement après leur apparition.

Wile considère que les œdèmes angioneurotiques graves, l'œdème du pharynx, du larynx et des poumons provoqués par la pénicilline peuvent avoir des complications fatales.

Lamb pense qu'avant un traitement à la pénicilline une enquête doit être faite et au besoin une désensibilisation être pratiquée.

Kolodny et Denhoff affirment que les malades dermatologiques sont plus sensibles que les autres.

III. — Choc thérapeutique. — La réaction de Jarisch-Herxheimer survient fréquemment lorsque la pénicilline est employée pour le traitement de la syphilis.

Réactions focales : intensification des accidents cutanés primaires ou secondaires. Rash secondaire diffus lorsque le traitement est commencé au stade primaire avec réactions sérologiques positives avant l'apparition des signes objectifs secondaires.

Réactions générales : malaise, douleurs généralisées, adénopathie douloureuse, frissons et fièvre.

Ces symptômes persistent 24 à 48 heures et ne doivent pas faire interrompre le traitement.

La réaction de Herxheimer peut être évitée par l'administration de doses plus faibles du produit, on doit essayer de l'éviter dans certains types de syphilis et chez les personnes débilitées ou faibles : surtout chez les nourrissons et dans les formes tardives de syphilis : gommeuse, cardio-vasculaire ou nerveuse.

Le choc thérapeutique survenant dans un traitement banal de blennorragie par exemple, lorsqu'on ne soupçonne pas la syphilis, devient un indicatif et doit faire reviser le diagnostic ou au moins suggérer une syphilis concomitante.

La fièvre après l'emploi d'une pénicilline purifiée doit réveiller l'idée d'une réaction de Herxheimer et faire penser à la syphilis.

On a vu des réactions de Herxheimer après traitement de la syphilis par administration de pénicilline par voie buccale.

La réaction de Herxheimer est fréquente : on la voit dans 86 à 91,6 o/o des cas.

IV. — Action indirecte sur les processus pathologiques. — Ce sont les effets que Stokes appelle les « Réactions paradoxales de la guérison » ou « Paradoxes thérapeutiques ».

Dans la syphilis cardiaque tardive, une guérison trop rapide d'une lésion coronarienne par la pénicilline peut produire une sclérose déformante et une atrésie si rapidement qu'il ne peut y avoir de compensation. Ce processus est différent de l'œdème vasculaire aigu local de la réaction de Herxheimer.

Une guérison rapide avec sclérose du foie réagit soit par des déformations loca-

lisée qui gêne la circulation portale et produisent une ascite soit par un ictère grave.

V. — Réactions suivant l'administration intraméningée de pénicilline. — Apparemment la pénicilline a une action irritante directe sur le système nerveux central et cette propriété est le fait de la pénicilline elle-même et non des impuretés.

Walker et Johnson dans divers articles ont montré que la pénicilline du commerce injectée dans la citerne, les ventricules ou dans le cortex provoquait des convulsions et la mort due à un collapsus vasculaire chez les animaux de laboratoire et des convulsions chez l'homme.

100.000 U. dissous dans 20 centimètres cubes de sérum physiologique provoquent chez un nourrisson : cyanose, troubles respiratoires, convulsions avec fièvre et des signes de collapsus vasculaire.

Neymann-Heilbrunn et Youmans (*J. A. M. A.*, t. **128**, 9 juin 1945, 433) ont montré que la pénicilline est toxique lorsqu'elle est mise en contact direct avec la surface du cerveau et produit :

— effets aigus : céphalée, chute de tension, secousses musculaires, convulsions et cyanose;

— effets chroniques : irritation méningée, raideur de la nuque, signes de Kernig et de Brudzinski.

Tous ces symptômes furent réduits après diminution de la dose et surtout par l'emploi simultané de barbituriques.

Ces réactions sont dues à une dose élevée plutôt qu'à la concentration du produit et ne sont pas dues à l'acidité ou l'alcalinité de la solution.

Le facteur convulsif est attribué plutôt aux propriétés antibiotiques de la pénicilline qu'aux impuretés.

Les accès de convulsions diminuent en fonction directe de la destruction des propriétés antibiotiques par vieillissement, ébullition, acidification ou dissolution de la pénicilline dans l'alcool.

La pénicilline cristallisée produit les mêmes effets. Alors que 5.000 U. ne donnent aucune réaction, 20.000 U. appliquées au cortex occipital produisent des changements électroencéphalographiques. 10.000 U. appliquées à la zone motrice produisent pendant 3 heures des secousses de la face et des mains.

Ces effets ne doivent pas empêcher l'emploi de la pénicilline pour le système nerveux car aux doses thérapeutiques le seul convulsif n'est pas atteint; mais il faut se méfier des hautes doses et ne pas dépasser 30.000 U.

On n'a jamais observé de réaction en employant la pénicilline directement dans des plaies ou des abcès du système nerveux central. Ceci est dû sans doute à l'arrêt du produit par le tissu granuleux.

D'après l'état actuel des connaissances, les réactions consécutives à l'administration de la pénicilline au système nerveux central sont dues à son action irritante et non à son action allergique, de choc thérapeutique ou aux réactions paradoxales de la thérapeutique.

Il ne faut pas confondre les symptômes produits par ces différents types de réactions. M. Balter.

Th. Mendell et Ph. Prose (San Francisco). — **Réactions allergiques graves à la pénicilline** (Severe allergic reactions to penicillin). *The American Journal of the Medical Sciences*, t. **212**, n° 5, novembre 1946, pp. 541-545. Bibliographie, 2 tableaux.

Sur 5.000 malades traités à la pénicilline, l'A. a observé, en dehors d'incidents légers tels qu'urticaire (dans 2 à 5 o/o des cas d'après Anderson, 1945), 6 cas où des accidents plus graves ont dû faire interrompre le traitement.

1° ♂, 36 ans, lymphangite naso-labiale (rhinite vaso-motrice depuis 15 ans). Après la 3e injection de 25.000 U., prurit intense et éruption érythémato-vésiculeuse du cou, des bras, des aines ; éosinophilie de 8 o/o ; intradermo-réactions à la pénicilline fortement positives jusqu'à 1 : 10.000 ; guérison avec desquamation.
2° ♂, 34 ans, sycosis de la face ; première et forte réaction locale après pommade à la pénicilline ; prurit et érythème généralisé après la quatrième injection de 25.000 U., éosinophilie de 13 o/o ; guérison en 4 jours.
3° ♂, 27 ans, épidermophytie du pied ; 18 heures après la 6e injection de 25.000 U., prurit et forte érythrodermie vésiculo-œdémateuse généralisée, éosinophilie de 32 o/o, tests cutanés fortement positifs.
4° ♂, 42 ans, dermatite eczématiforme des deux pieds ; 24 heures après l'application d'une pommade à 250 U. par centimètre cube, brûlures et érythème généralisé pendant 24 heures ; récidive et fièvre après la 3e injection de 25.000 U.
5° ♂, 26 ans, blennorragie, injection de 100.000 U. par jour le 1er, 4e et 7e jour ; le 10e jour, urticaire géante généralisée, fièvre, arthralgies ; récidive un mois plus tard, après la 4e injection de 25.000 U., tests cutanés négatifs.
6° ♂, 20 ans, myosite aiguë, fébrile ; injections quotidiennes de 200.000 U. pendant 3 jours, baisse de la température, persistance des symptômes locaux et, 7 jours après la dernière injection, brusquement urticaire géante, fièvre, arthralgies.

Les recherches expérimentales de l'A. chez 200 sujets normaux, par tests à la pénicilline avant l'administration du médicament ne permettent aucune prévision de la sensibilité ultérieure de ces sujets. A. Touraine.

E. Phillips. — **Glossite et stomatite par tablettes à la pénicilline** (Glossitis and stomatitis due to penicillin lozenges). *Permanente Found. Medic. Bull.* (Oakland), t. **4**, février 1946, pp. 20-23.

17 cas de stomatite et de glossite, rapportés à une réaction allergique. La pénicilline calcique paraît plus irritante que la sodique ; elle a donné de telles réactions dans plus de 18 o/o des cas. A. Touraine.

N. R. Vogel. — **Réactions dues à la pénicilline** (Reactions to penicillin). *Arch. of Derm. and Syph.*, **54**, n° 6, décembre 1946, pp. 713-714.

Un malade traité par la pénicilline pour dermatite pustulo-squameuse des extrémités (25.000 U. toutes les trois heures), a présenté après la 6e injection une sensibilité douloureuse de la face et des mains. A la 8e injection : érythème de la face et du cou, puis dans les heures suivantes, œdème avec vésicules et généralisation sur les membres supérieurs. L'éruption tourne court et guérit en trois jours (desquamation), mais il semble bien que, si la pénicillothérapie n'avait pas été arrêtée à la 9e injection, une érythrodermie œdémato-vésiculeuse généralisée serait fatalement survenue.
Deuxième observation : urticaire géante généralisée, survenant 48 heures après l'application d'une crème à la pénicilline, avec phénomènes pulmonaires et tachycardie.
L. Golé.

T. C. Erickson, M. G. Masten et H. M Suckle. — **Complications au cours de l'injection intrarachidienne de pénicilline** (Complications of intrathecal use of penicillin). *The Journ. Amer. Medic. Assoc.*, **132**, n° 10, 9 novembre 1946, pp. 561-554.

Quatre cas personnels (dont un cas d'infection locale dans un abcès d'origine otitique) accompagnés d'accidents analogues à ceux déjà publiés (paralysies diverses). Il s'agit dans tous ces cas de méningite aiguë (pneumococcique, etc...) et l'étiologie exacte de ces complications a pu être discutée.

L. Golé.

A. Netter. — **Thyrothricine, streptothricine, streptomycine. État actuel (juin 1946).** *La Semaine des Hôpitaux*, année **23**, n° 4, 28 janvier 1947, pp. 191-199, longue bibliographie, 8 tableaux.

Importante revue générale, trop riche en faits et en chiffres pour être résumée, sur ces trois antibiotiques :

1° Tyrothricine, isolée par Dubos (1939) d'une culture de *Bacillus brevis* en bouillon renfermant 1 o/o de peptone trypsique et, deux ans plus tard, fractionnée en gramicidine et en tyrocidine. Insoluble, utilisée en suspensions à 1 p. 200.

Active *in vitro* contre le pneumocoque et, assez loin derrière, contre le streptocoque et le staphylocoque. N'agit, *in vivo*, que par contact contre les organismes gram-positifs. Résultats discutés dans les ulcères et blessures infectées, les affections rhino-pharyngées, les pyodermites streptococciques. Action hémolytique.

2° Streptothricine, isolée par Waksman, Woodruff et Horning (1942) d'une culture d'*Actinomyces lavendulæ* en milieu glucosé à 1 o/o, vieille de 8 à 10 jours, soluble dans l'eau, détruite par les acides. Active contre le colibacille, les bacilles typhique et paratyphiques, le mélitocoque, les *Blastomyces dermatitides*, l'*Achorion Schönleinii*. A utiliser en applications locales (solutions à 500-1.000 U. par centimètre cube) contre les ulcères, blessures infectées; sa toxicité relative s'oppose à l'introduction dans la circulation.

3° Streptomycine, isolée par Schatz, Bugie et Waksman (1944) d'une culture d'*Actinomyces griseus* en milieu en peptone de viande ou extrait de maïs glucosé. Soluble dans l'eau, très stable, même à 37°. Active contre le colibacille, le bacille typhique, certaines salmonelloses, le bacille de Friedlander, le *Leptospira icterohemorragiæ*, la tuberculose du cobaye. Peu toxique, s'emploie en injections de 100.000-250.000 U. toutes les 3 heures. A la dose de 320.000-1.000.000 U. par jour pendant 10 jours, O'Leary et Herrel ont guéri, cliniquement, des chancres syphilitiques en 20 à 80 heures, mais leurs malades firent des rechutes dans les 2 à 3 mois suivants. A. Touraine.

D. R. Nicholo et W. E. Herrell. — **Streptomycin.** *The J. A. M. A.*, **132**, n° 4, 28 septembre 1946, pp. 200-206. Bibliographie.

En janvier 1944, Schatz, Bugie et Waksman ont pensé, les premiers, à l'action possible de la streptomycine sur les affections dues à des agents microbiens à Gram négatif et, pour certains cas, à Gram positif. Pour les A. qui ont étudié cet agent antibiotique, il semble que son action soit réelle dans certains cas bien déterminés.

Les études *in vitro* et chez l'animal ont montré que la streptomycine possède une action antibactérienne contre les micro-organismes suivants : *Escherichia coli*, *Eberthella typhosa*, *Salmonella partyphi*, *Salmonella enteritidis*, *Shigella dysenteriae*, *Proteus vulgaris*, *Aerobacter aerogenes*, *Bacillus pyocyaneus*, *Klebsiella pneumoniae*, *Hemophilus influenzae*, *Hemophilus pertussis*, *Staphylococcus aureus* (certaines souches), *Mycobacterium tuberculosis*, *Brucella melitensis*, *Brucella abortus*, *Brucella suis*, *Pasteurella tularensis*, *Pasteurella pestis*.

L'étude pharmacodynamique de ce produit s'avère assez délicate (souches de sensibilité variable, absorption et excrétion variables suivant les cas et, chez le même malade, suivant les circonstances, etc...). On sait cependant qu'en ingestion la streptomycine n'est pas retrouvée en quantité appréciable dans le sang ni dans les urines; mais elle n'est pas détruite pendant la traversée digestive et une quantité importante peut être retrouvée dans les fèces. Mais, par voie intraveineuse, sous-cutanée, intramusculaire, on la retrouve dans le sang et dans l'urine. Elle ne diffuse pas dans le liquide céphalo-rachidien chez les individus normaux, mais en légère quantité chez les malades atteints de méningite. Dans le liquide céphalo-rachidien, après injection directe, elle persiste, au plus, 24 heures. Elle ne diffuse pas dans les cavités purulentes quand elle est injectée par voie intramusculaire. Par inhalation, elle n'est pas retrouvée en quantité appréciable dans le sang. On note habituellement une excrétion de la moitié ou des 3/4 dans les urines dans les premières 24 heures après l'injection. Elle paraît se concentrer et être éliminée dans la bille, et, même par voie parentérale, une certaine quantité passe dans les fèces.

Dosage et modes d'administration. — D'abord dosée en unité S (de Watsman) basée sur son pouvoir antibactérien, la streptomycine est actuellement dosée en système métrique, un microgramme équivalant approximativement à l'unité S originale de Watsman, soit 1 milligramme : 1.000 unités S et 1 gramme : 1.000.000 unités S. Les doses journalières varient entre 1.000.0000 à 3.000.00 U. (1 à 3 grammes) mais peuvent atteindre occasionnellement 10.000.000 U. (10 grammes).

On emploie le plus souvent la voie intramusculaire (certaines solutions contenant des impuretés sont, en effet, irritantes par voie sous-cutanée). Injections de solutions contenant 100 à 200 milligrammes toutes les trois, quatre ou six heures au plus.

Par voie intraveineuse, les doses sont moins importantes, car le produit contient, de façon variable, des impuretés qui ne sont pas sans inconvénient. On peut également utiliser la perfusion sanguine continue par dissolution dans un ou deux litres de sérum chloruré isotonique. Pour agir sur le tractus digestif, l'ingestion est de 2 à 3 grammes (2.000.000 à 3.000.000 par jour). Par voie intrarachidienne : 100 milligrammes toutes les 24 ou 48 heures. Par voie intratrachéale, inhalation d'une solution de sérum physiologique contenant 50 milligrammes par centimètre cube. Pour les injections locales : solutions de 10 à 100 milligrammes par centimètre cube d'une solution de sérum physiologique.

Statistique personnelle : 104 cas. Dans 17 cas de bactériémie, résultats variables (bon dans 4 cas sur 5 de *Escherichia coli*, dans 3 cas sur 5 de *Brucellose*). Bons résultats dans 17 cas sur 41 d'infections diverses du tractus génito-urinaire. Dans les cas de méningite due à *Hemophilus influenzae* : 11 succès sur 14 malades. Les résultats les plus spectaculaires avec 15 succès sur 15 cas ont été obtenus dans la tularémie. Dans les infections pulmonaires dues à des bactéries gram négatif, les résultats sont très intéressants en faisant disparaître ces micro-organismes et permettent ensuite à la pénicilline d'exercer son action sur les autres micro-organismes gram positif.

Il n'y a aucune contre-indication à l'emploi simultané de ces deux antibiotiques.

Dans la tuberculose. — Son action a surtout été étudiée par Hinshaw et Feldman (cf. *J. Pediatr.*, t. **28**, mars 1946, pp. 269-274). Leur récente statistique, portant sur 54 cas, montre que la streptomycine n'a pas une action curative évidente mais qu'elle modifie, dans certains cas, heureusement l'évolution de la tuberculose. Aucune conclusion n'est encore possible à l'heure actuelle.

Dans la syphilis. — Sur 4 malades : aucun résultat car les doses n'étaient probablement pas suffisantes. Mais la streptomycine ne paraît guère avoir d'action sur le tréponème.

Dans 5 cas d'ozène où les A. ont pu isoler le *Klebsiella pneumoniae*, ils ont obtenu 1 succès durable et 2 succès temporaires.

Dans un dernier groupe de 23 cas, les auteurs ont rangé diverses infections dont certaines ont paru sensibles à la streptomycine (typhoïde et paratyphoïde, fièvre ondulante, ostéomyélite, péritonite, etc...).

Il y a lieu de remarquer que l'organisme devient très rapidement résistant au médicament d'où la nécessité d'employer dès le début des doses fortes.

Les incidents signalés (nausées, fièvre, atteinte rénale) paraissent dus aux impuretés du produit. Par contre l'atteinte de la VIII[e] paire paraît bien être imputable à la streptomycine elle-même (troubles auditifs et vestibulaires qui régressent progressivement, mais qui peuvent être définitifs si le médicament n'a pas été abandonné dès l'apparition des troubles).

On a signalé également des réactions cutanées (urticaire, réactions eczématifor-

mes, ces dernières peuvent apparaître également par contact chez les personnes manipulant le produit), qui réagissent favorablement au bénadryl (50 milligrammes trois fois par jour).

Enfin chez l'animal, on a observé une atteinte hépatique et rénale qui n'a pas été retrouvée chez l'homme aux doses employées (4 grammes par jour et plus).

Dr H. A. Reimann : mêmes conclusions générales. De plus, signale que la streptomycine n'a pas d'action dans le choléra bien que, *in vitro*, son action paraisse très nette sur certaines souches. D'autre part, la streptomycine *per os* possède un pouvoir remarquable sur la flore intestinale et paraît être d'un appoint considérable avant l'intervention chirurgicale.

M. E. De Backey, apporte une statistique de 706 cas (hôpitaux militaires). Intérêt dans les infections urinaires (141 améliorations sur 364 cas) et guérison de 5 uréthrites gonococciques qui avaient résisté à sulfadiazine et pénicilline. Intérêt dans les plaies infectées avec parfois ostéite : 72 améliorations sur 179 cas et surtout dans les infections intestinales (24 cas sur 34); cependant aucune action sur la côlite ulcéreuse cryptogénétique.

La streptomycine a été utile dans la péritonite (24 cas sur 30). Cependant l'infection était déjà, avant son emploi, localisée ou en voie de localisation. Elle est très efficace dans certaines bactériémies (ce qui semble démontrer que ces indications étant mieux connues, elle peut être d'une grande utilité dans certains cas).

E. J. Pulaski, donne quelques précisions d'ordre expérimental (certains cocci résistants à la pénicilline sont, par contre, sensibles à la streptomycine; un taux de 0,16 microgramme dans le sang est obtenu par une injection intramusculaire de 0 gr. 4 toutes les 4 heures). L. Golé.

4v. — *Tuberculose cutanée.*

P. Gastinel et H. Brocard. — **Du comportement des cobayes tuberculeux désensibilisés à la tuberculine à l'égard du phénomène de Koch** *Annales de l'Institut Pasteur*, t. **72**, n° 5-6, mai-juin 1946, pp. 429-432.

Des auteurs ont montré précédemment qu'en répétant les réinoculations dermiques des bacilles de Koch chez le cobaye tuberculeux on obtient des phénomènes de Koch variables : nécrose et abcès, abcès seul, ou réaction à peu près nulle. Bien que l'immunité de surinfection subsiste, la sensibilité aux corps bacillaries est donc sujette à fluctuations au cours de la maladie du cobaye.

Dans le présent travail qui reprend certaines recherches de Boquet et de Saenz, les auteurs ont pratiqué des réinoculations répétées de bacilles de Koch et en même temps des épreuves tuberculiniques, de leurs constatations résultent les points suivants :

1° La désensibilisation des cobayes à la tuberculine ne fait pas disparaître leur résistance à l'égard de la surinfection (D'ailleurs, elle ne modifie pas le retard à la dispersion des bacilles de réinfection).

Les cobayes désensibilisés réagissent à la nouvelle inoculation dermique du bacille de Koch, soit d'une façon nulle, soit par un petit abcès précoce et vite cicatrisé : tous signes témoignant de leur résistance et d'un état particulier de réactivité, que les auteurs comparent à la réaction accélérée de l'allergie vaccinale;

2° Lorsque la désensibilisation s'épuise, l'animal répond à la réinoculation dermique soit par l'abcès précoce, soit par le phénomène mixte de Bezançon et de

Serbonnes, intermédiaire entre l'abcès simple et la nécrose du phénomène de Koch (abcès nécrotique);

3° Quand la sensibilité tuberculinique est complètement revenue, il réagit soit par le phénomène de Koch, soit par le phénomène mixte.

Ces constatations montrent bien la dissociation entre les phénomènes de l'hypersensibiilté à la tuberculine et de la résistance de l'infection tuberculeuse.

F. Coste.

J. P. Jouin et Buu-Hoï. — **De l'activité inhibitrice des représentants de quelques séries chimiques sur la pousse du bacille de Koch** *Annales de l'Institut Pasteur*, t. **72**, juillet-août 1946, n° 7-8, pp. 580-606.

Les auteurs cherchent à déterminer l'activité inhibitrice que confère à un noyau simple l'adjonction de diverses fonctions. Ce travail permettant de trier les corps à essayer *in vivo*. En effet, les corps actifs *in vivo* se montrent presque toujours actifs *in vitro*.

L'aniline est active au 1/1.000 sur une culture de bacille de Koch aviaire en milieu de Sauton.

L'activité est empêchée par l'acétylation, l'alcoylation, l'arylation (lorsque cette dernière porte sur 2 hydrogènes). Elle est accrue par l'addition d'une fonction nitrée et surtout d'une deuxième fonction amine, d'un groupement méthyle sur le noyau en ortho dans la métaphénylène-diamine, etc...

L'activité du phénol (1/2.000) croît par certaines alcoylations.

L'activité varie selon la nature des acides benzoïques et de leurs dérivés : par exemple, les esters de l'acide para-oxybenzoïque sont très actifs.

L'activité de la benzaldéhyde (1/1.000) est accrue par la nitration.

Le naphtalène inactif est activé par une fonction amine surtout en β. La double nitration donne aussi un corps actif, etc....

Suivent des indications sur certains dérivés de l'urée (tous inactifs, à moins qu'on introduise un atome de soufre : exemple la thio-urée, la thiosinamine et surtout la thiosemicarbazide), des alcools aminés, acides et cétones aminés.

Les auteurs ont bien entendu étudié les sulfamides. Le 1162 F est actif au 1/20.000, le sulfathiazol et la sulfamido-thio-urée au 1/50.000, les sulfones étudiés ne sont pas plus actifs (de 1/1.000 à 1/20.000).

L'activité des acides chaulmoogriques va de 1/1.000 à 1/10.000 selon les corps étudiés.

Nous ne pouvons donner ici qu'un cours extrait des nombreuses recherches de Jouin et Buu-Hoï : ils concluent à l'activité d'un certain nombre de corps surtout dans la série du naphtalène, d'accord avec les travaux de Willstaedt et Bergmann. Les amines, les aldéhydes, les dérivés nitrés semblent particulièrement aptes à inhiber une culture de bacille de Koch. Les auteurs étudient actuellement des produits de synthèse sélectionnés, en tenant compte de toutes ces observations.

F. Coste.

E. Perdigon, F. Bouquet, Mlle M. T. Mazaudier et Mlle F. Godard. — **Influence antagoniste de l'asparagine et de l'acide cystéique sur la croissance du bacille tuberculeux humain**. *Annales de l'Institut Pasteur*, t. **72**, juillet-août 1946, n° 7-8, pp. 573-579.

L'acide cystéique ou acide amino-2 sulfonique-3 propionique inhibe la croissance du bacille tuberculeux sur milieu synthétique. Son effet est un antagoniste de l'effet favorisant de l'asparagine dont il ne diffère que par la substitution du radical SO_3 au carboxyle que celle-ci porte en position 4.

L'acide cystéique n'est pas actif sur les germes suivants cultivés sur des milieux synthétiques : Bacille tuberculeux aviaire, bacille de la fléole, *Sterigmatocystis*

nigra, *Penicillium glaucum*, *Proteus vulgaris*, *Bacterium coli*. Il est également inactif, sur le staphylocoque doré, en bouillon de peptone.

La présence de la fonction amine dans sa molécule n'est pas une condition nécessaire à son activité car si l'on remplace le radical NH_2 par un hydroxyle, le composé obtenu, l'acide sulfolactique, empêche également la croissance du bacille tuberculeux. F. Coste.

A. Delaunay, R. Vendrely et J. Pagès. — **Les facteurs chimiques dans la genèse des lésions tuberculeuses chroniques** *Annales de l'Institut Pasteur*, t. **72**, juillet-août 1946, n° 7-8, pp. 607-610.

Au sujet de la doctrine, renouvelée par de récentes recherches, qui attribue aux constituants lipidiques du bacille de Koch, le principal rôle dans la genèse des lésions tuberculeuses (rôle de l'acide phthioïque, par exemple), D. V. et P., utilisant un antigène granulaire de Laporte, considèrent qu'à doses égales, les protéines insolubles du bacille de Koch entraînent des lésions très rapides et que ce facteur protéique paraît être au moins aussi important que le facteur lipoïdique pour expliquer les lésions histologiques de la tuberculose. F. Coste.

4w. — *Tuberculides.*

J. E. Pisetsky. — **Problèmes psychosomatiques du lupus érythémateux.** (Psychsomatic aspects of lupus erythematosus). *Arch. of Derm. and Syph.*, **54**, n° 1, juillet 1946, pp. 33-38.

L'A. insiste sur les troubles neuro-psychiques (anxiété, dépression, etc.) qui peuvent accompagner cette dermatose inesthétique et qui peuvent réclamer une psychothérapie adéquate. L. Golé.

E. A. Strakosch. — **Lupus érythémateux aigu disséminé traité par la pénicilline** (Acute lupus erythematosus disseminatus treated with penicillin). *Arch. of Derm. and Syph.*, **54**, n° 2, août 1946, pp. 197-199.

Observation d'un malade âgé de 46 ans atteint de lupus érythémateux aigu disséminé traité d'abord par vitaminothérapie, par les sulfamides, puis par amygdalectomie et par l'iode, qui détermina des phénomènes généraux et une aggravation des lésions cutanées. Un traitement par exposition au vent et au froid pendant plusieurs heures (?) aggrava également les lésions, déterminant une hyperthermie. Nette amélioration par la pénicilline (2.000.000 U. en 5 jours), ce qui serait en faveur de l'origine streptococcique de cette affection.

L. Golé.

H. Gougerot. — **Acquisitions nouvelles sur le « granulome annulaire ». Formes cliniques et pathogénie.** *Revue médicale française*, octobre 1946, n° 10, pp. 175-177.

L'auteur commence par rappeler les caractères du granulome annulaire typique, tel que l'a décrit Brocq : sièges d'élection, faces dorsales et latérales des doigts, dos des mains, poignets, cou, coudes et genoux. Plus rarement derrière les oreilles, limite du cuir chevelu, articulation tibio-tarsienne. Au point de vue morphologique : nodules ou papules en disposition annulaire. Histologiquement, infiltration soit des couches superficielles et moyennes, soit des couches moyennes et profondes du chorion.

Puis il décrit quelques *cas atypiques* qu'il a personnellement observés.

1° *Formes non annulaires* (4 cas). — Chez 2 malades, aspect clinique de tuber-

cutides papulo-nécrotiques, intradermo à la tuberculine donnant une réaction phlycténulaire.

2° *Localisation papuleuse anormale palmaire* (1 cas). — Une malade présentée avec Duperrat et Gaulier était atteinte en même temps de lésions palmaires et d'éléments du dos des doigts.

3° *Forme géante atypique* (1 cas). — Malade présenté avec Duperrat et Mansour. Lésion de 95 millimètres sur 65 millimètres à la face postérieure de l'avant-bras. Intradermo négative.

4° *Forme ponctuée et en gouttes non annulaire atypique* (1 cas). — Chez le malade précédent sont apparus, à distance, des placards érythémateux et œdémateux ayant à leur surface 10 à 30 petits éléments ponctués blancs et indurés, non annulaires.

Toutes ces formes atypiques ont été vérifiées par la biopsie.

L'*étiologie* est discutée.

Tuberculose pour les uns : structure histologique, présence de bacilles acido-résistants (O. Dittrich) intradermo positive à la tuberculine.

Rhumatisme (Bolgert) : aspect clinique voisin du nodule rhumatismal. Histologiquement absence de follicules tuberculeux véritables.

L'A. est partisan de la théorie hyperergique.

Les traitements les plus divers ont donné des résultats : tuberculine, traitement de Charpy, antigène méthylique, sels d'or, salicylate de soude. Parfois guérison par simple biopsie. A. François.

H. Jaeger (Lausanne). — **Granulome annulaire (lésions histologiques identiques à celles des nodules sous-cutanés rhumatismaux).** *Dermatologica*, t. **92**, n° 5-6, 1946, pp. 325-326.

Dans 3 cas de granulome annulaire (femmes de 33 et 41 ans, homme de 47 ans), les lésions histologiques ont été identiques : zone centrale de nécrose ou de dégénérescence fibrinoïde du tissu conjonctif; zone périphérique de grandes cellules histiocytaires, épithélioïdes, disposées radiairement, avec quelques cellules géantes ou multinucléées; plus en dehors zone d'infiltration discontinue par de petites cellules lymphocytaires.

Ce sont là des lésions identiques à celles décrites par Klinge dans les nodules sous-cutanés rhumatismaux et qui confirment les constatations de Bolgert (*Ann. de Dermat.*, 1944, p. 136). A. Touraine.

4x. — *Lèpre.*

L. Keffer (Sao Paulo). — **Index bibliographique de la lèpre, de 1500 à 1943** (Indice bibliografice de Lepra, 1500-1943), vol I, de A à H. *Bibliotheca do Departamento de Profilaxia da Lepra do Estado de São Paulo-Brasil*, 1944, **37**, 614 pages.

Ce très bel ouvrage, qui a demandé dix ans de soin et de patience à son auteur, sera un magnifique « outil de travail » pour tous ceux qui s'intéressent à la lèpre. Il renferme plus de 100.000 fiches bibliographiques sur ce sujet, toutes soigneusement établies et contrôlées et l'on ne saurait trop remercier l'auteur des services qu'il rendra ainsi.

Il paraîtra chaque année un Supplément. Aussi les éditeurs prient-ils instamment tous les auteurs qui publient quelque travail sur la lèpre d'en envoyer un exemplaire à la Bibliothèque du Département pour la prophylaxie contre la lèpre de

l'État de São-Paulo (Brésil). Cette bibliothèque répond d'ailleurs, par correspondance à une moyenne annuelle de 185.000 demandes bibliographiques.

[Ouvrage déposé à la Bibliothèque Feulard de l'hôpital Saint-Louis. *An.*].

A. Touraine.

4z. — *Dermatoses exotiques.*

H. Harris Perlman et Marquis R. Huffman. — **Compte rendu de la conférence de Dermatologie Tropicale, Mexico 6-18 août 1945** (Highlights of the conference on Tropical Dermatology for American Doctors at Mexico City, August 6th-18th, 1945). *The Urologic and Cutaneous Review*, 1er juin 1946, n° 6, pp. 334-335.

Rapports du Dr Antonio Gonzalès Ochoa, sur les mycétomes actinomycosiques, suivis de présentation de malades.

Historique. — Étude bactériologique. Étiopathogénie. Étude clinique. Diagnostic et traitement.

Au début quand il n'y a pas de lésions osseuses, action des sulfamides (sulfadiazine de préférence) et iodure à 6 grammes par jour pendant plusieurs mois, 6 à 8.

Lorsqu'il y a des lésions osseuses le traitement chirurgical est seul indiqué. La pénicilline est sans action.

2° Sur la *Tinea Imbricato* (Teigne imbriquée), épidermophytie dû au *Trichophyton concentricum*, caractérisée par des anneaux concentriques de placards papulo-squameux disséminés sur le corps, plus fréquentes sur la carte du Pacifique que partout ailleurs.

Affection rare respectant le cuir chevelu, les ongles, la paume des mains, la plante des pieds, la face. Rebelle au traitement, récidivant fréquemment.

3° Sur la sporotrichose : Historique. Étiologie. Description clinique. Diagnostic et traitement.

4° Sur les *Chromoblastomycosis* : l'acétate de thallium dans le traitement de la teigne, par le Dr Fernando Lutopie qui rappelle les essais de Sabouraud. Il administre le médicament en une fois à la dose de 7 milligrammes par kilogramme. Il a traité ainsi 1.159 teigneux sans aucun incident, avec 88 o/o de guérison. Traitement dangereux chez l'adulte car la dose nécessaire est trop grande.

O. Delzant.

4aa. — *Infections à germes indéterminés.*

H. Ollendorff Curt. — **Aphtose récidivante génito-buccale et uvéite avec hypopion (syndrome de Behçet)** (Recurrent genito-oral aphtosis and uveitis with hypopion (Behçet's syndrome). *Arch. of Derm. and Syph.*, **54**, n° 2, août 1946, pp. 179-196. Bibliographie.

L'A. fait l'historique de ce syndrome décrit par H. Behçet en 1937, mais qui avait déjà été observé par d'autres auteurs (Bluthe, Adamantiades, Dascairopoulos) avant lui. Elle y ajoute deux cas personnels, dont l'un chez une jeune femme (dont les lésions génitales étaient identiques au syndrome décrit par Lipschütz sous le nom d'ulcère aigu de la vulve. On sait que Touraine fait de la maladie de Lipschütz une manifestation de l'aphtose. *An.*). A propos de l'étiologie, l'auteur discute l'origine infectieuse (Behçet) d'origine alvéolo-dentaire, amygdalienne, etc..., le facteur tuberculeux rencontré dans certaines observations. Elle signale l'opinion

de Touraine qui englobe le syndrome de Behcet dans l'aphtose dont il constitue une des formes cliniques.

Les divers traitements (action sur les foyers d'infection, vitaminothérapie, vaccins, sulfamides, pénicilline) n'ont donné aucun résultat appréciable.

E. Golé.

Helen Curth. — **Syndrome de Behçet, forme abortive ? Aphtes récidivants de la bouche et ulcérations génitales récidivantes** (Behçet's Syndrome, abortive form (?) (Recurrent aphtous oral lesions and recurrent genital ulcerations)). *New-York Academy of Medicine, Sect. of Derm. and Syphilol.*, 6 mars 1945, in *Archives of Dermatology and Syphilology*, t. **54**, n° 4, octobre 1946, pp. 481-484.

Femme de 23 ans. Depuis l'enfance ulcérations aphteuses récidivantes de la vulve et de la bouche; d'abord intermenstruelles puis menstruelles, à la vulve, destructives avec cicatrices perforantes; quelquefois adénopathies.

Nombreuses ulcérations sur toute la muqueuse buccale. Légère fièvre au moment des poussées; parfois douleurs dans les mollets. Bon état général. Tous examens de laboratoire négatifs, sauf *B. crassus* et staphylocoques dans les ulcérations vulvaires. Inoculations sans résultat. Échec des sulfamides; aggravation progressive.

[On ne voit pas pourquoi l'A. parle de syndrome de Behçet, alors qu'il s'agit d'une aphtose bipolaire typique. On est d'ailleurs surpris de voir l'A. citer quelques auteurs étrangers alors que les travaux français qui ont longuement et maintes fois étudié cette question sont passés complètement sous silence. *An.*].

A. Touraine.

4ac. — *Rickettsioses.*

R. Huebner, P. Stamps et Ch. Armstrong (Service de Santé publique des U. S. A). — **Vaccine rickettsienne. Une rickettsiose nouvellement identifiée** (Rickettsialpox A newly recognized rickettsial disease). *Public Health Reports*, t. **61**, n° 45, 8 novembre 1946, pp. 1605-1614, 3 tableaux. Bibliographie.

A partir de juillet 1946 et durant 10 semaines, 80 cas ont été signalés à New-York d'une affection cutanée papulo-vésiculeuse ressemblant cliniquement à la varicelle [Le travail comportant l'étude clinique et épidémiologique de cette affection est annoncé, mais non encore paru].

Les auteurs décrivent le microbe (organisme M. K.) qu'ils ont isolé de 15 sangs, 1 moelle osseuse, 1 lésion cutanée, 1 ganglion, notamment au 2e jour de la fièvre d'un des malades, nommé M. K.

2 des 5 souris inoculées dans le péritoine avec le sang de M. K. sont devenues malades le neuvième jour et ont été sacrifiées. A l'autopsie : épanchement sanguin péritonéal, adénopathie, foie œdémateux, rate congestionnée et très grosse; autres appareils normaux. Des réinoculations avec ascite, foie et rate ont été faites dans le cerveau de souris et de cobayes; les animaux sont tombés malades le 9e jour; ce cerveau, inoculé le 12e jour dans le sac allantoïdien du poulet, a donné des cultures de diplobacilles intra et extracellulaires, bien colorables au Machiavello. Des réinoculations avec le suc d'adénopathies, selon la même méthode, a donné des bâtonnets bipolaires ressemblant à des rickettsies (cultures plus pauvres en partant du sang de cobaye).

Un antigène, en extrait éthéré de sac allantoïdien, a fixé le complément du sérum de convalescents, d'une manière qui paraît spécifique (réaction croisée avec la fièvre des Montagnes Rocheuses).

Le comportement du parasite chez la souris et le cobaye suggère une certaine relation avec *Rickettsia Conori* qui demande à être confirmée.

A. Touraine.

5g. — *Dermatoses d'origine sanguine ou hémopoïétique.*

Leopoldo Bertelotti (Pise). — **L'urticaire pigmentaire comme réticulo-endothéliose à orientation monomorphe** (L'urticaria pigmentosa come reticolo-endoteliosi sistemica ad orientamento monomorpfo) *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, vol. **84**, Fasc. VI, décembre 1943, pp. 6981 à 7171. Nombreuse figures, six planches. Deux pages de Bibliographie.

L'urticaire pigmentaire a fait l'objet de nombreux travaux cliniques et histologiques, mais les auteurs se sont jusqu'ici bornés dans leurs recherches à des examens histologiques dant le but d'avoir une confirmation du diagnostic clinique et en limitant ainsi les recherches on ne peut guère compter résoudre les questions étiopathogéniques.

L'A. a pu étudier chez un homme de 49 ans un urticaire pigmentaire qui a présenté des caractères un peu spéciaux. La maladie datait de six ans et était du type Raymond au point de vue de l'aspect clinique (ce type Raymond est un type mixte dans lequel on observe à la fois des éléments plans et des éléments surélevés). Au point de vue histologique, les lésions étaient en partie du type Jadasohn Rona (Mastzellen disséminés dans le tissu conjonctif), en partie du type Unna (Mastzellen groupés en amas).

L'étude histologique de la peau malade et de la peau saine, d'un ganglion de la région inguinale et l'observation de frottis de la moelle osseuse obtenue par ponction sternale ont mis en évidence une hyperplasie systématique des mastzellen histioïdes, en contraste avec des quantités normales de mastleucocytes hématiques.

L'auteur en conclut, en harmonie avec les vues de Hudelo et de Caillau, de Weissenbach et de Gatto, que l'urticaire pigmentaire doit être considéré comme une réticulo endothéliose spéciale qui rentre, comme le granulome éosinophile le granulome à cellules plasmatiques, le granulome histio-épithélioïde (maladie de Besnier-Bœck-Schaumann) dans le groupe des réticulo-endothélioses à orientation monomorphe. Belcodère.

F. Bettley. — **Lymphocytome miliaire (Miliary Lymphocytoma).** *Proceedings of the Royal Soc. of Medicine (Sect. of Dermatology*, 17 octobre 1946), t. **40**, n° 1, novembre 1946, pp. 13-14.

Homme de 48 ans. De 28 à 31 ans et à 41 ans, rash sur les mains après expositions au soleil ou au vent. Sur le front, les joues, les pommettes, le nez, nombreuses petites papules, semi-transparentes, légèrement saillantes ; ganglions normaux ; leucocytes 5.800 dont 40 o/o de lymphocytes. Biopsie : lymphocytes, quelques lymphoblastes et histiocytes, structure folliculaire ; rapports douteux avec les glandes sudoripares.

Roxburgh a vu la même localisation sur les joues et les tempes chez deux sœurs; les lésions étaient kystiques. A. Touraine.

C. H. Catlin. — **Infiltration leucémique des cicatrices d'un zona** (Leukaemic infiltration of the site of Herpes zoster). *British Medical Journal*, 25 mai 1946, p. 801.

Mécanicien de la Marine, âgé de 52 ans, bien portant jusque là, fait un zona du 10e segment dorsal gauche. A l'admission, on note grosse rate et adénopathie cervicale et axillaire. La numération montre une leucémie chronique. Le zona guérit mais des élevures subsistent et la biopsie montra qu'il s'agissait de leucémides.

Réexaminé deux mois plus tard : État général bon, muqueuses pâles, adénopathies molles au cou, aisselles et aines dépassent le rebord costal de 4 travers de doigt.

Les vésicules du zona avaient disparu, mais à leur place il y avait des papules cuivrées. La numération donnait : Hémoglobine 78 o/o ; Globules Rouges 3.680.000 ; Leucocytes 138.700 (lymphos 68 o/o, lymphoblastes 27 o/o, neutro. 4 o/o, monocytes 1 o/o). M. Mansour.

G. F. Chiale (Milan). — **Le mycosis fongoïde** (La micosi fungoide). Monographie, Vannini édit, Brescia 1941, 231 pages, 43 figures. Très longue bibliographie.

Important travail d'ensemble sur le mycosis fongoïde, ses conditions étiologiques (10 pages) ses formes classique, érythrodermique, à tumeurs d'emblée, ses lésions internes, etc. (72 pages), ses troubles hématologiques (24 pages), ses lésions histologiques (32 pages), ses causes (8 pages), sa pathogénie (28 pages), son diagnostic (10 pages), son pronostic (4 pages) et son traitement (8 pages).

Le mycosis fongoïde est une réticulo-histiocytose qui affecte surtout la peau mais peut s'étendre à tous les organes en intéressant d'abord leurs éléments réticulo-histiocytaires.

Les stades initiaux sont inflammatoires exsudatifs (congestion et œdème d'éléments d'origine sanguine probable); l'activité cyto-hémopoïétique des éléments réticulo-histiocytaires aboutit ensuite à la formation des cellules mycosiques que l'on peut considérer comme des histiocytes différenciés; plus tard, l'évolution vers des formations lympho et monocytoïdes affirme l'origine hémohistioblastique. La polypentialité de l'hémohistioblaste, cellule non différenciée, permet d'expliquer le polymorphisme des lésions du mycosis fongoïde qui, en résumé, est une réticulo-histiocytose granulomato-proliférative. A. Touraine.

E. Hollström. — **Un champignon produisant des bâtonnets acido-résistants. Sa présence dans la lymphogranulomatose bénigne (maladie de Schaumann)** (On a fungus capable of producing acid-fast rods with special regard to its occurence in Lymphogranulomatosis benigna (Schaumann's disease). *Act. Derm. Venereol.*, vol. **26**, fasc. I, juillet 1945, pp. 37-48, 3 figures, 1 planche en couleurs. Bibliographie.

L'A. rappelle les observations de Reenstierna qui a trouvé dans le sang d'un lépreux en poussée aiguë un organisme de la classe des champignons, non acido-résistant, faisant en culture de longues chaînes de corpuscules, type levure, qui deviennent plus tard acido-résistantes, s'allongent, s'amincissent et finissant par ressembler au bacille de Hansen. Il en conclut que cette levure est l'agent de la lèpre.

La ressemblance du bacille de Hansen et du bacille de Koch, l'a conduit à penser que ce dernier devait dériver lui aussi, d'une levure de type oïdium. En effet, il a vu en 1912, dans les cultures de produits tuberculeux, apparaître des cellules de ce type, puis des bacilles acido-résistants identiques au bacille de Koch. L'inoculation de ces cultures de levures, à la vérité n'a pas provoqué de lésions de type tuberculeux, mais quelques-uns des animaux inoculés ainsi moururent cachectiques.

Ces recherches de Reinstierna ont été reprises plus tard (Gullberg, 1933, 1935; Hollström en 1940-1943) et on est arrivé encore à des résultats analogues.

Il est remarquable que Schaumann en 1941 a trouvé dans des ganglions du lymphogranulomatose bénigne, des cellules ovoïdes à apparence de levures, du type qu'avait vu Reenstierna, et, à côté, des bacilles acido-résistants pareils aux bacilles de Koch. Ces études sont facilitées aujourd'hui par la nouvelle méthode de coloration des bacilles de Koch indiquée par Hallberg, méthode avec laquelle nombre de champignons s'avèrent acido-résistants et le bacille de Koch apparaît plus volumineux qu'avec les méthodes habituelles.

Après cet exposé, Hollström relate l'observation d'une femme de 55 ans, atteinte d'iridocyclite bilatérale, avec jaunisse. La glande hépatique est volumineuse, et il y a au voisinage du hile de nombreux ganglions. L'un d'eux est excisé et examiné histologiquement. Il est bourré de cellules épithélioïdes et semé de cellules géantes. La coupe fait penser à un ganglion tuberculeux ou à un ganglion de maladie de Schaumann. Avec la coloration de Hallberg on voit de nombreux corpuscules

ovoïdes, plus ou moins acido-résistants, et quelques bacilles, dont plusieurs acido-résistants.

L'examen radioscopique des poumons montre une image identique à celle qu'on peut voir dans la maladie de Schaumann. Réaction à la tuberculine fortement positive. Cette réaction paraît être en dehors du cadre de la maladie de Schaumann. Hollström, qui a inoculé cette levure à des cobayes et a obtenu parfois des lésions identiques à celles de la tuberculose, et a trouvé parfois des bacilles acido-résistants dans les lésions, n'a jamais trouvé de réactions positives à la tuberculine chez ses animaux; et ceux-ci n'ont jamais fait de tuberculose généralisée. Il ne s'agirait donc pas de vrais bacilles de Koch, mais d'un « pré-stage » de cet organisme: et la maladie de Schaumann quoique apparentée ainsi à la tuberculose, n'est pas une tuberculose au sens propre du mot. Ceci concorde absolument avec ce qu'avait écrit Schaumann. A. Civatte.

N. Danbolt and R. Wisloff Nilsen. — **Recherches sur la réaction de Kveim et sa valeur clinique** (Investigations on the course of Kveim's reaction and its clinical value). *Act. Dermat. Vener.*, vol. **25**, fasc. VI, mars 1945, pp. 489-502, 1 figure, 4 tableaux. Bibliographie.

Étude entreprise pour en appeler, si possible, du jugement défavorable prononcé par S. Lomholt sur la réaction de Kveim : peu de valeur si on tient compte du temps très long (parfois plusieurs années) après lequel elle peut encore devenir positive, spécificité douteuse, dangers d'ulcérations profondes et de durée indéfinie.

Les A. en ont fait l'essai sur 104 malades, dont 36 étaient incontestablement atteints de sarcoïde de Bœck. La réaction a été positive 34 fois : après moins de 2 semaines 32 fois, une fois après 1 mois, une fois après 6 mois. Dans les autres cas (pas de sarcoïdes, quelques cas de tuberculose ou de tuberculides) elle était 64 fois négative encore après 12 mois. Chez un malade atteint de lupus folliculaire disséminé, la réaction a été douteuse. Refaite deux fois sur ce même malade, dans les deux années suivantes, elle est restée négative, alors que chez les malades porteurs de sarcoïdes, les réactions renouvelées sont toujours positives, et avec des *inoculations de plus en plus courtes* (une fois, de 3 jours seulement).

Dans 3 autres cas, on a vu des réactions non spécifiques (petites papules qui ont duré quelques semaines seulement, alors que la papule de Kveim dure plusieurs mois).

Aucune ulcération fâcheuse; 4 fois seulement une petite ulcération avec croûte.

Au total, il semble bien que la méthode puisse, sans risque pour la malade, apporter une aide précieuse au diagnostic de la maladie de Bœck.

A. Civatte.

Tauno Putkonen. — **La réaction de Kveim dans la lymphogranulomatose bénigne (maladie de Schaumann). Thermostabilité et conservation de l'antigène** (Ueber die Kveim reaction bei Lymphogranulomatosis benigna. Thermostabilität und Haltbarkeit des antigens). *Act. Dermat. Vener.*, vol. **25**, fasc. V, mars 1945, pp. 393-409, 5 figures. Longue bibliographie.

Historique de cette réaction. Technique. Évolution de la lésion produite par la réaction positive. Discussion des objections de Lomholt. Putkonen admet que l'antigène peut être préparé non seulement avec des tissus de la maladie de Schaumann, mais aussi avec des ganglions tuberculeux et des ganglions de leucémie, et que la réaction ne doit pas être attribuée à la présence d'un microbe spécial à la maladie de Schaumann; qu'il est possible que les malades atteints de maladie de Schaumann réagissent sur le « type sarcoïde », probablement à plusieurs antigènes différents.

Puis Putkonen relate ses recherches inédites, faites en 1941, sur la thermostabilité de l'antigène de Kveim, qui conserve tout son pouvoir après chauffage jusqu'à 100°.

Et il apporte l'observation d'un malade du type Besnier-Bœck-Schaumann complet (lupus pernio, plaques érythémateuses, adénopathies, lésions caractéristiques des amygdales, altérations osseuses des phalanges) et chez qui il a obtenu une réaction de Kveim positive et très marquée, avec un antigène qui avait été conservé 3 ans à la glacière. A. Civatte.

B. Russell. — **Sarcoïdose traitée par le calciférol** (Sarcoïdosis treated with calciferol). *Proceedings of the Roy. Soc. of Medicine* (*Sect. of Dermatology*, 17 octobre 1946), t. **40**, n° 1, novembre 1946, p 12.

Femme de 31 ans. Sarcoïdose des deux joues et des deux épaules depuis 30 mois, confirmée par la biopsie ; adénopathies hilaires ; koïlonychie, psoriasis ancien. Réaction de Mantoux faiblement positive à 1 o/oo. Père tuberculeux. 100.000 U. de calciférol par jour pendant 4 mois ; guérison clinique. A. Touraine.

51. — *Dermatoses allergiques.*

Ch. Vatelot. — **Trisymptome de H. Gougerot (Contribution à l'étude des allergides nodulaires cutanées)** *Thèse, Paris*, 1946, Jouve édit., 48 pages, 6 gravures. Bibliographie.

Bonne étude d'ensemble d'après 6 observations, rapportées en détail, du syndrome vu par Gougerot dès 1918 (2 observations), puis édifié par cet auteur à la faveur de 4 nouvelles observations personnelles de 1932 à 1945 et dont trois récentes ont été publiées par Boudin (1945), Y. Bureau (1946), Degos (1946).

Cette affection est caractérisée par l'association de trois ordres de manifestations cutanées qui siègent principalement sur les membres et plus particulièrement sur les jambes, où l'on en peut compter plusieurs centaines simultanément.

1° *Éléments érythémato-squameux*, généralement de 2 à 10 millimètres de diamètre, pouvant en atteindre quelquefois 30, rarement annulaires ou circinés, rappelant le plus souvent un érythème polymorphe, parfois une urticaire ou même une roséole.

2° *Macules purpuriques* de 1 à 5 millimètres de diamètre, rarement plus.

3° Petites *nodosités*, caractéristiques, arrondies de 2 à 7 millimètres de diamètre, hypodermiques ou dermiques (saillantes dans ce cas), fermes, à bords nets, sans œdème, recouvertes par une peau normale ou rosée. Quelquefois, il s'y ajoute des infiltrats de 50 à 60 millimètres qui, en se résorbant, se parsèment de petites nodosités.

Ces éléments évoluent par poussées et se résorbent en 2 à 8 semaines sans se ramollir, ni s'abcéder, ni laisser de cicatrice; leur ulcération est exceptionnelle.

L'affection est chronique et a pu durer vingt ans. Parfois elle procède par poussées cutanées modérément fébriles, avec céphalée, arthralgies. L'état général reste bien conservé jusqu'à ce que, à la longue, il y ait affaiblissement et amaigrissement. Les trois premiers malades de Gougerot ont présenté une endocardite mitrale.

Il s'agit là d'une septicémie particulière, à germe encore inconnu, qui parait ressortir du double processus des capillarites et des allergides, en réaction vis-à-vis d'embolies septique dans les vaisseaux plus ou moins profonds de la peau.

Le diagnostic se pose surtout avec l'endocardite maligne à évolution lente d'Osler et avec le syndrome de Libman-Sachs.

Les divers traitements qui ont été essayés jusqu'ici (divers vaccins, immuno-transfusions, sulfamides, pénicilline, etc.) sont restés sans résultat.

A. Touraine.

Paul Durand (de Courville). — **Traitement des crises d'asthme, de l'urticaire, des migraines et de l'eczéma par les injections d'extrait de sangsues.** *Société médico-chirurgicale des Hôpitaux libres*, séance du 3 octobre 1946, in *Archives hospitalières*, année **18**, n° 21-22, novembre 1946, pp. 335-336.

L'auteur insiste sur les résultats favorables qu'il a obtenus dans le traitement des crises d'asthme par l'hirudinothérapie sous forme d'application directe de sangsues sur le thorax ou d'injections d'extrait de sangsues (2 à 3 injections à 24 ou 48 heures d'intervalle). Il a étendu cette dernière méthode au traitement des urticaires rebelles et récidivants, des eczémas tenaces et des migraines avec d'excellents résultats.

Des urticaires ayant résisté à tous les autres traitements (antergan, autohémothérapie, etc.) ont disparu d'une manière définitive après une ou deux injections. Quatre cas, dont deux urticaires sériques, ont guéri presque instantanément.

Des eczémas généralisés datant de plusieurs semaines ou de plusieurs mois, que des traitements divers n'avaient pas modifiés, ont cédé d'une façon impressionnante en moins de huit jours après trois injections.

Des effets favorables ont été également obtenus dans les états migraineux tenaces.

Il semble donc que les extraits de sangsues injectables constituent, comme les sangsues elles-mêmes, des moyens efficaces de désensibilisation, sans que l'on soit d'ailleurs en mesure de préciser exactement leur mode d'action. Pour J. Sédillot l'hirudine secrétée par les sangsues agit à la manière d'une antithrombine perturbant le milieu intérieur et déterminant un contre-choc qui neutralise le premier choc. Les sangsues d'élevage contiennent vraisemblablement, en plus de l'hirudine, d'autres substances inconnues provenant des animaux à sang chaud (chevaux vieux ou malades) qui servent à leur nourriture, et il est possible qu'elles acquièrent de ce fait une immunité contre les substances toxiques contenues dans le sang de ces animaux. Lucien Périn.

6a. — *Prurits, prurigos.*

Henry Mac Cormac, Paul Harmer Sandifer and Anthony Michael Jelliffe. — **Le malade à prurit** (The itchy patient). *British Medical Journal*, 13 juillet 1946, pp. 48-49.

Après avoir passé en revue les facteurs provocants physiques ou psychologiques et différents traitements, intraveineuses simples, goutte à goutte intraveineux, et narcose continue : vingt heures de sommeil sur 24 obtenues par « somnifaine » et paraldéhyde en complément pendant 14 jours, les A. se résument ainsi : l'étude d'un groupe de dermatoses prurigineuses a montré que le traitement local est contrarié par le grattage et par les troubles psychologiques qui sont le prélude ou la séquelle d'affections cutanées. Ces dermatoses sont considérées comme des exemples typiques d'affections d'origine psychique.

Un traitement décrit empêche le prurit, le grattage et l'anxiété dans une série de 17 cas rebelles et chroniques; la plupart des malades furent guéris après narcose continue. Les moyens employés furent uniquement médicamenteux, n'ayant fait aucune psychothérapie, le traitement pourrait être considéré comme incomplet.

M. Mansour.

C. Gardner (Montréal). — **Prurit anal** (Pruritus ani). *The Canadian Medical Association Journal*, vol. **55**, n° 3, septembre 1946, pp. 259-262.

Après une revue rapide des principales causes de prurit anal, l'A. propose, contre le prurit essentiel, l'excision de trois lambeaux cutanés triangulaires à sommet anal. Sur 35 cas, dont 32 suivis, il n'a obtenu que des succès, alors que le prurit datait de 2 à 12 ans. A. Touraine.

6c. — *Erythèmes actifs.*

L. Forman. — **Rosacée avec œdème persistant et structure tuberculoïde** (Rosacea with persistent œdema and a tuberculoïd histology). *Royal Soc. of Medicine (Sect. of Dermatology*, 20 juin 1946)

Trois observations (dont une avec quelque détail) chez des hommes de 44, 58 et 53 ans avec début à 38, 53 et 45 ans. Métabolisme basal : + 1, — 27, — 24 o/o. Cholestérolémie : 2,36; 2,78; 1,52. Tous trois mariés depuis 10 à 25 ans. L'œdème peut être expliqué par une lymphangite streptococcique secondaire.

Roxburgh, Thomson, Mitchell-Heggs n'ont obtenu, dans de tels cas, aucun résultat avec la pénicilline. A. Touraine.

John Knap. — **L'avenir de l'Erythème induré de Bazin, d'après 63 observations** (A reexamination of 63 cases of Erythema Induratum Bazin). *Acta. Derm. Venereol.*, vol. **24**, fasc VI, mars 1944, 4 tableaux. Bonne bibliographie.

L'A. a voulu contrôler la véracité du pronostic favorable que les classiques font à propos de cette dermatose. Il a repris les observations de 63 cas traités à la clinique universitaire d'Oslo de 1930 à 1942. Le temps d'observation a été en moyenne de 6 ans. Les observations ont été suivies, et les contrôles ont été faciles soit à la clinique même, soit dans des villes différentes, par des observateurs qualifiés, et presque toujours appuyés de radioscopies pulmonaires.

L'A. a, à cette occasion, cherché aussi si les données étiologiques qu'il relevait, concordaient avec les notions classiques. Il trouve à cet égard une concordance parfaite; l'affection se montre surtout chez de jeunes femmes. Il ne semble pas qu'elle ait augmenté de fréquence (en 10 ans, 14 o/o des cas de tuberculoses cutanées et 0,4 o/o du nombre total des dermatoses et maladies vénériennes traitées à la clinique).

Pour ce qui concerne l'ensemble des symptômes cliniques présentés par les malades, tous ont une cuti-réaction et une intradermo-réaction à la tuberculine positives; 60 o/o avaient des lésions pulmonaires, et 60 o/o avaient été auparavant touchés déjà par la tuberculose; 22 o/o seulement n'en présentaient et n'en avaient présenté aucun signe. A la biopsie, 70 o/o des examens ont montré les lésions classiques de l'érythème induré. L'inoculation et la culture, tentées dans 50 o/o des cas, n'ont donné que des résultats négatifs.

3 de ces 63 malades ont évolué vers une tuberculose pulmonaire grave. Dans 5 cas, la suite de l'observation a permis d'enregistrer de nouvelles altérations pulmonaires chez les malades, et 3 cas de mort, 6 cas de tuberculose dans la famille du malade après le retour de celui-ci au foyer. Pour l'érythème lui-même, récidives dans 47,5 o/o des cas.

Au total, pronostic *quoad vitam* bon, en général, avec des réserves pour une tuberculose pulmonaire grave possible. Durée de la maladie parfois très longue, indéterminée toujours. Rechutes fréquentes qui risquent d'empêcher longtemps le malade de travailler, et diminuent fortement sa valeur sociale.

A. Civatte.

6d. — *Erythème polymorphe.*

A. Goldfarb (New-York). — **Un cas de maladie de Stevens-Johnson (érythème polymorphe bulleux) traité par la pénicilline** (A case of Stevens-Johnson disease (erythema multiforme bullosa) treated with penicillin). *Journ. of Pediatry*, t. **28**, mai 1946, pp. 579-589, 6 figures, 1 tableau, 1 graphique, longue bibliographie ; d'après *Quarterly Review of Pediatrics*, t. **1**, n° 3, août 1946, pp. 411-412.

[Le syndrome de Stevens-Johnson, décrit par ces auteurs dans : *Amer. Journ. Dis. Child.*, t. **24**, 1922, pp. 523-533, paraît peu connu dans les milieux dermatologiques français. Aussi reproduisons-nous à peu près *in extenso* l'analyse parue dans *Quarterly Rev. of Ped.* On peut, d'après elle, se demander s'il ne s'agit pas d'une forme un peu sévère du classique érythème polymorphe bulleux. *An*].

« Les commémoratifs et l'examen d'un garçon de 9 ans offrent un bel exemple du syndrome de Stevens-Johnson. Une semaine avant l'hospitalisation l'enfant devint faible et distrait, les yeux rouges, gonflés, sensibles à la lumière ; des ulcérations buccales rendirent la déglutition difficile. Ces symptômes et l'état d'intoxication générale persistèrent. A l'entrée, l'impression est celle d'une maladie aiguë, la fièvre est de 38°3. Sur la peau, nombreuses taches de 0 cm. 15 à 1 cm. 5 de diamètre, rondes ou ovales, rouge foncé, plates, en iris, qui siègent surtout sur les extrémités mais se voient aussi sur le tronc et la face. Quelques-unes ont de petites vésicules à leur centre, d'autres déjà une croûte. Quelques ganglions sont augmentés et un peu douloureux. Les yeux sont fermés, les paupières gonflées avec chemosis et photophobie ; les sclérotiques et les conjonctives sont profondément injectées et couvertes d'une forte exsudation purulente. Sur les lèvres, la muqueuse buccale, les bords de la langue, le plancher de la bouche : lésions membraneuses et ulcéreuses, en relief, sanguinolentes et gris sale, très douloureuses et sensibles, recouvrant une surface saignante ; petites pétéchies sur le voile et la luette. Deux jours après l'entrée, apparition de membranes grises, recouvrant l'orifice anal et le méat urinaire. Staphylocoque doré cultivé à partir des yeux et de la bouche. A l'entrée, leucocytose de 13.600 avec 51 o/o de neutrophiles et 15 d'éosinophiles ; 10 jours plus tard, 9.650 leucocytes, 65 o/o de neutrophiles, 5 o/o d'éosinophiles. »

Le pronostic est dominé par la crainte des séquelles et surtout de la cécité ; sinon le syndrome guérit spontanément en 3 à 8 semaines. Après une amélioration par la sulfadiazine (6 grammes par jour pendant 10 jours), guérison complète, en 19 jours après le début, avec 800.000 U. en 4-5 jours. Poussée de rhumatisme aigu 6 mois plus tard. A. Touraine.

6e. — *Erythrodermies.*

Anna Lutz (Bâle). — **Sur l'étude des érythrodermies exfoliatrices généralisées** (Zur Kenntnis der generalisierten, exfoliierenden Erythrodermien). *Dermatologica*, t. **93**, n° 3, 1946, pp. 113-154. Pas de bibliographie.

A propos de 27 cas personnels (observations brièvement rapportées), l'A. rappelle l'évolution des idées sur les érythrodermies, d'abord jusque vers 1900 (descriptions d'Alibert, Devergie, Hardy, Hebra, Wilson, Vidal, etc.; classification de Besnier, Brocq) puis plus récemment (Flarer, Cottini, Lewandowsky; classification de Darier). Les 27 observations sont réparties en 4 types :

1° Érythrodermies développées sur une dermatose antérieure (2 sur eczéma, 2 sur psoriasis, 1 sur névrodermite), à la suite d'irritation extérieure (pommade dans 1 cas, arsenic dans 1 cas), de troubles de la circulation (2 cas), névropathie et grattage dans 1 cas). Dès que l'action nocive a disparu, l'érythrodermie a rétrocédé.

2° Érythrodermies combinées avec une autre dermatose (dermatite polymorphe ou pemphigus et érythrodermie chez un homme); il semble que chacune des deux affections reconnaisse une cause spéciale.

3° Érythrodermies secondaires à une autre dermatose (morbilliforme, scarlatiniforme, séborrhéique, eczémateuse, leucémique, etc.) dont l'origine peut se rapporter au mécanisme de l'allergie (7 observations).

4° Érythrodermie d'origine interne (endocardite, pneumonie, infections diverses, adénopathie, hémopathies, etc.).

Ces 4 types forment deux sous-groupes :

a) *dermatoses érythrodermiques* dans lesquelles l'érythrodermie se superpose (type 1) ou se combine (type 2) avec la dermatose primitive);

b) *érythrodermies vraies* qui peut être un stade préliminaire d'une autre dermatose (type 3) ou exister seule (type 4).

A noter les bons effets des hormones sexuelles dans 6 cas.

A. TOURAINE.

E. OAKLEY. — **Erythrodermies** (Erythrodermia). *Royal Soc. of Medicine (Sect. of Dermatology*, 20 juin 1946). *The British Journal of Dermatology and Syphilis*, t. **58**, n° 11-12, novembre-décembre 1946, pp. 304-306.

Deux observations dont l'une, chez un homme de 62 ans, avec début à 59 ans, lichénifiée et hyperkératosique, est probablement celle d'un pityriasis rubra pilaire, avec petites aires de peau saine (aucun autre cas analogue dans la littérature) ; dont l'autre, chez une femme de 62 ans, à début depuis un an, avec adénopathies et sans splénomégalie, est peut-être due à une leucémie lymphatique (28.400 leucocytes dont 66 o/o de grands et 7 de petits lymphocytes). A. TOURAINE.

6f. — *Purpuras.*

E. DAVIS (Londres). — **Microscopie des capillaires avec étude spéciale des pétéchies capillaires** (Capillary Microscopy with special reference to capillary petechiae). *The American Journal of the Medical Sciences*, vol. **212**, n° 2, août 1946, pp. 192-196, 10 figures. Courte bibliographie.

100 sujets atteints de pétéchies capillaires ont été étudiés; il s'agissait surtout d'artériosclérose, de purpura simplex, de dilatation des bronches, de maladie de Raynaud. Quelques-uns ont montré des pétéchies capillaires (décrites en détail) sans pétéchies cutanées, et réciproquement. A. TOURAINE.

J. A. ETCHEPAREBORDA, M. QUIROGA et S. GENIJOVICH. — **Evolution particulière d'un purpura toxi-infectieux** (Evolucion particular de una purpura toxi-infecciosa). *Rev. Argent. Dermat. Sif.*, t. **30**, n° 1-2, janvier-juin 1946, pp. 75-77.

Un malade de 53 ans présente un processus inflammatoire à la jambe droite, avec douleur, chaleur, œdème et rougeur. Il voit apparaître à la gauche, entourant toute la cuisse et la jambe, un érythème purpurique très intense. La jambe qui présente le processus infectieux n'est, par contre, que très légèrement touchée par le purpura. Les examens de laboratoire sont normaux, sauf le caillot qui ne se forme pas, et une vitesse de sédimentation des hématies très haute (index de Katz : 99,50). Le malade guérit par le repos en une semaine ; mais après avoir marché et resté debout pendant presque toute une journée, les phénomènes inflammatoires et purpuriques récidivent tels que la première fois. Le traitement est le même et la guérison s'ensuit, comme la première fois.

Pour les A., le purpura qui garde une relation directe avec le processus infectieux de lymphangite réticulaire de la jambe droite, se produit la première fois après huit jours d'incubation, et la seconde presque en même temps que la reprise du processus infectieux provocateur. Ce fait paraît indiquer que le mécanisme réactionnel n'est pas celui d'une simple toxi-infection, mais celui d'une véritable hypersensibilité capillaire. L'absence d'éléments hémorragiques autour de l'infection fait penser à la zone sans capacité allergique, observée autour de certaines lésions microbiennes de la peau par le Pr Baliña et les A. croient que le processus

inflammatoire a empêché les phénomènes d'hypersensibilité vasculaire par une action inhibitoire sur le sympathique.

L'épreuve de l'injection d'histamine faite aux deux jambes paraît dans ce sens assez claire. En effet, la triple réaction de Lewis se produisit typiquement, aux cuisses gauche et droite, au bras droit et à la jambe gauche, mais la jambe droite qui portait l'infection ne réagit que par un léger érythème sans papule, et d'ailleurs fugace, ce qui pour les A. montre une inhibition ou au moins une altération fonctionnelle du sympathique local. JONQUIÈRES.

A. BÉRAUD et J. VINCENEUX (La Rochelle). — **Deux cas du syndrome de Waterhouse-Friderichsen (purpura méningococcique)** *Soc. de Pédiâtrie de Paris*, 21 mai 1946 ; *Arch. franç. de Pédiâtrie*, t. 3, n° 4, 1946, pp. 347-349.

♀, 2 ans. Après rhino-pharyngite légère, fièvre (39°8), pâleur, agitation, diarrhée, quelques pétéchies. Aucun signe méningé mais albuminorachie de 1 gramme ; leucocytose de 2.900 (94 o/o de polynucléaires), rares méningocoques dans le liquide céphalo-rachidien. Guérison par sulfamides.

♀, 7 ans. Même début brusque, état très grave ; quelques pétéchies sur les cuisses ; liquide céphalo-rachidien normal. mort en un jour ; purpura sur le péritoine, l'intestin, dans les surrénales, la rate. A. TOURAINE.

R. A. MARQUÉZY, M. ECK et J. CANIVET. — **Purpura aigu méningococcique suppuré.** *Soc. de Pédiâtrie de Paris*, 25 juin 1946 ; *Arch. franç. de Pédiâtrie*, t. 3, n° 4, 1946, pp. 355-357.

♀, 13 ans. Début brusque, fièvre à 40°5, purpura généralisé sauf à la face, méningocoque par hémoculture mais non dans le liquide céphalo-rachidien. Amélioration lente malgré la pénicilline (200.000 U. par jour), la sumédine, le K-thrombyl. Dès le quatrième jour phlycténisation puis suppuration de 15 à 20 pétéchies qui forment des ulcérations de la taille de pièces de 2 et de 5 francs, particulièrement sur les membres inférieurs. Peu d'altérations hématologiques (H. 4.050.000, L. 19.500, poly. 89 o/o, lacet négatif, rétraction du caillot normale).

Les A. n'ont pas trouvé d'observation analogue dans la littérature française récente

A. TOURAINE.

R. LEGRAND, J. DESRUELLES et A. MASURE. — **Purpura infectieux aigu. Pénicillothérapie. Guérison.** *Société de Médecine du Nord*, 27 octobre 1946.

Femme de 35 ans. Début brusque avec fièvre à 41°. Purpura des quatre membres avec arthralgies. Pas d'hémorragies viscérales ; foie et rate normaux. Hématies 5.100.000, leucocytes 80.000, poly. neutro. 92 o/o, monos 3, lymphos 5. Coagulation 4', saignement 6'. Rapidement collapsus cardiaque. Pénicilline 3.800.000 U. en 16 jours. Amélioration rapide des signes généraux : retour à la normale de la température et de la formule sanguine en 15 jours. Certains éléments de purpura évoluent vers la nécrose ou la suppuration. A. TOURAINE.

6g. — *Urticaire.*

L. BIVINGS (Atlanta, U. S. A.). — **Urticaire infectieuse aiguë** (Acute infections urticaria). *Journal of Pediatry*, t. **28**, mai 1946, pp. 602-604.

Ce syndrome, observé chez 22 enfants, est caractérisé par de l'urticaire, de l'œdème des mains et des pieds, de la fièvre, et un foyer apparent d'infection (angine aiguë, quelquefois membraneuse, chez 19, otite moyenne aiguë chez 2, pyélite chez 1).

D'intensité très variable, il peut se borner à une légère fièvre de 1 ou 2 degrés, et à quelques éléments d'urticaire pendant 2 ou 3 jours ou nécessiter l'hospitalisation. Leucocytose de 20.000 dans 3 cas (dont 2 avec forte neutrophilie et 1 avec éosinophilie de 35 o/o). Pas de microbes banaux dans la gorge ni par hémoculture. Commémoratifs d'allergie nuls chez 18 malades, positifs chez 3. Dans 2 cas, rechutes 2 semaines ou 3 mois plus tard.

Les sulfamides sont restés sans effet sur l'urticaire. A. TOURAINE.

R. R. Willcox. — **Benadryl dans l'urticaire pénicillinique** (Use of « Benadryl » for Penicillin urticaria). *British Medical Journal*, novembre 1946, pp. 732-733.

L'A. utilise le Benadryl (B.-dimethylaminoethyl benzhydryl ether hydrochloride), composé synthétique qui serait doué de propriétés antiallergiques et antispasmodiques en particulier pour les muscles lisses. Cet agent antihistaminique est donné en capsules de 50 milligrammes de 1 à 4 par jour en moyenne. Dans six cas d'urticaire pénicillique, l'A. a utilisé le benadryl aux doses de 150 à 450 milligrammes au total avec succès dans cinq cas; deux de ces cas récidivèrent, l'un d'entre eux fut retraité par le même médicament avec succès.

M. Mansour.

6j. — *Psoriasis.*

T. Romanus. — **Le psoriasis au point de vue pronostique et héréditaire** (Psoriasis from a prognostic and hereditary point of view). *Travail de l'Institut d'État de Génétique humaine et de Biologie raciale*, Monographie, Upsal, 1945, 138 pages, 8 diagrammes, 17 pédigrées. Longue bibliographie.

Très important travail, fortement documenté, portant d'une part sur le pronostic, d'autre part sur la génétique du psoriasis.

L'A. rappelle d'abord, d'après les données de la littérature, la fréquence de cette affection (2 à 8 o/o de toutes les dermatoses selon diverses statistiques, ici rapportées), sa répartition dans les différentes races (0 à 1,2 o/o des dermatoses dans les races de couleur d'après de nombreuses statistiques), selon le sexe (50 à 90 o/o chez l'homme), l'âge de début (10 à 20 ans en général), la saison (sans influence), la fréquence des érythrodermies (16,7 à 19,3 o/o d'entre celles-ci sont la conséquence d'un psoriasis), du psoriasis généralisé (1,25 o/o), des complications articulaires (1 à 5 o/o), du cancer sur psoriasis (0,21 o/o), le pronostic d'évolution (nombre et délais des poussées, très variables), les données connues sur l'hérédité (dominance pour la majorité des auteurs dont les statistiques sont indiquées).

Suit une étude de 1.417 cas personnels de psoriasis, dont 211 non utilisables, 438 morts et 768 suivis pendant 30 à 50 ans.

Sur 232 cas observés depuis le début 21 o/o sont restés sans rechute, 19 en ont eu de temps à autre, 60 ont eu des manifestations sans arrêt. Sur 486 cas dont l'observation a commencé plus d'un an après le début : 8 o/o sans rechute, 16 avec des rechutes de temps à autre, 76 avec symptômes continuels. Un psoriasis dont la poussée dure au moins depuis un an a donc un pronostic moins favorable.

Le psoriasis frappe également les deux sexes quand il apparaît dans le jeune âge, deux fois plus les hommes que les femmes quand il survient plus tardivement. Le début est généralement plus précoce chez la femme (75 o/o des cas avant 19 ans) que chez l'homme (75 o/o des cas avant 26 ans).

Le psoriasis a été généralisé chez 15 o/o des sujets. La polyarthrite chronique a été observée dans 2 o/o des cas. Mais il est à noter que si, après 50 ans, cette polyarthrite a affecté 1,4 o/o des psoriasiques hommes et 4,1 o/o des psoriasiques femmes, la fréquence de ce même rhumatisme chronique dans la population générale hospitalière a été, au même âge, de 2,8 o/o chez les hommes et de 5,3 o/o chez les femmes. Le psoriasis ne prédispose donc pas au rhumatisme chronique. L'A. n'a vu que deux cas de cancer de la peau sur psoriasis. Quant aux causes de mort elles sont les mêmes chez les psoriasiques que dans la population générale.

En ce qui concerne l'hérédité, les conclusions de l'A. sont en faveur d'une héré-

dité en dominance avec une probabilité de manifestation de 18 o/o chez les enfants [L'A. n'envisage pas les rapports génétiques du psoriasis avec le diabète ni avec le rhumatisme chronique, *An.*]. A. Touraine.

Alberto Midana (Turin). — **Sur le psoriasis bulleux** (Sulla « Psoriasis bullosa »). *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, vol. **84**, fasc. III, juin 1943, pp. 310 à 321, trois figures. Bibliographie.

Étude d'un cas de psoriasis dans lequel une particulière intensité de phénomènes exsudatifs, intimement liée à la nature même du processus psoriasique, a profondément modifié le caractéristique aspect érythémato-squameux de la dermatose au point de donner lieu à la formation de nombreuses bulles dispersées sur toute l'étendue de la peau et localisées soit sur la peau en apparence indemne, soit sur le siège de lésions psoriasiques typiques.

Après avoir rapidement passé en revue la littérature peu abondante sur cette question, l'A. discute les rapports qui peuvent exister entre le psoriasis exsudatif (pustuleux en particulier) et l'impétigo herpétiforme et à ce propos, des liens pathogéniques entre le psoriasis exsudatif et l'hypofonctionnement parathyroïdien. Ses recherches effectuées sur le cas qui fait l'objet de ce travail et en outre sur deux autres malades atteints de psoriasis pustuleux n'ont pas permis de mettre en évidence des signes d'insuffisance des glandes parathyroïdes et par conséquent une telle interprétation de la pathogénie du psoriasis exsudatif ne paraît pas fondée. Belgodère.

C. Campana et G. Gualandi (Rome). — **Essai de traitement du psoriasis vulgaire par l'ingestion de pancréas** (Tentativo di cura della psoriasi volgare con pancreas *per os*). *Il Policlinico* (sez. practica), t. **54**, n° 1, 6 janvier 1947, pp. 7-10, pas de bibliographie.

Partant de l'hypothèse de Grütz, suivant laquelle le psoriasis dépendrait d'un trouble du métabolisme des lipides (hyperlipidémie dans 90 o/o de 600 psoriasis), les A. ont fait absorber à 9 malades (observations rapportées) 25 grammes par jour, pendant 25 à 60 jours, de poudre de pancréas desséché. Ils auraient obtenu une amélioration nette et rapide, surtout dans les cas anciens, invétérés; cependant au moins 3 échecs dans des psoriasis légers et localisés. A. Touraine.

6h. — *Erythèmes squameux divers.*

H. Perrier (Fribourg). — **Sur un cas de parakératose psoriasiforme sur un terrain tuberculeux.** *Revue médicale de la Suisse romande*, n° 10, 25 octobre 1946, pp. 731-734, 3 figures.

Chez un garçon de 8 ans, se succèdent depuis l'âge de 10 ans des poussées de pustules staphylococciques à la périphérie de nappes érythémateuses et abondamment squameuses, non prurigineuses, qui rappellent le psoriasis et qui siègent sur le cuir chevelu et la plus grande partie du tronc, avec quelques éléments sur les membres supérieurs et les ongles. La fièvre, d'abord continue en juillet 1945, procède en septembre et en octobre par poussées de un à deux jours. Guérison lente à partir de novembre sous l'action du traitement antituberculeux de Spengler. Réaction de Pirquet positive, surcharge hilaire, ombre au sommet gauche.

A. Touraine.

G. Miescher (Zürich). — **Cas pour diagnostic : parapsoriasis lichénoïde aigu récidivant ou lupus érythémateux exanthématique ?** (Casus pro diagnosi : Parapsoriasis lichenoïdes acuta recidivans ? Lupus erythematodes exanthematicus ?). *Dermatologica*, t. **92**, n° 5-6, 1946, pp. 306-311, 5 figures.

Intéressante observation qui, dans un cas difficile, ouvre la discussion entre les deux affections citées dans le titre.

♀, 54 ans ; début en été 1943 par éléments érythémateux sur les clavicules et le dos des pieds. En mai 1944, après une exposition au soleil, gonflement et subéfaction de ces taches, puis nouveaux éléments sur l'arête du nez, les joues, les bras, les jambes. Il en résulte des efflorescences disséminées, nummulaires, rouges, squameuses, rappelant l'érythème polymorphe. A. Touraine.

Paul V. Marcussen. — **Traitement du parapsoriasis par les rayons de Bucky** (Treatment of Parapsoriasis with Bucky Rays). *Acta Derm. Vener.*, vol. **24**, fasc. VI, mars 1944, 4 figures, pp. 472-479. Bibliographie.

L'A. donne d'abord un aperçu de presque tous les traitements qui ont été essayés dans cette dermatose, et qui, tous, ont échoué. Il rapporte ensuite deux observations de parapsoriasis qu'il a traité par les rayons de Bucky et rappelle en passant un cas de Kaulund-Jorgensen (*Act. D. V.*, 1943, t. **24**, p. 182) comparable aux siens. Il s'agit nous dit Marcussen de la forme : *pityriasis lichénoïdes chronica*, de Jadassohn.

Il a fait à chacun de ses deux malades, deux applications, séparées par un intervalle d'une semaine. Les doses à conseiller lui semblent être, pour chaque application : 400 r., 10 K. V., 10 m. A.

On provoque ainsi une forte réaction, suivie de desquamation, après quoi la peau redevient normale. Les deux malades ont été suivis l'un 12, l'autre 9 mois. Pas de récidive.

Nota. — Les photographies des deux éruptions, et la description donnée par l'auteur, montrent une éruption du type érythrodermique, assez éloignée de l'éruption beaucoup plus discrète que nous appelons en France parapsoriasis en gouttes, et que nous assimilons, peut-être à tort (?) au *pityriasis lichénoïdes* chronica. Il est possible, d'ailleurs, que cette éruption érythrodermique ne soit qu'une forme confluente de notre parapsoriasis en gouttes habituel (*Ann. de D.*). A. Civatte.

61. — *Pustules.*

Vittorio Leigheb (Novare). — **Contribution à l'étude des acrodermatites exsudatives. Etude clinique et histologique d'un cas de classification peu facile : acrodermatite pustuleuse maligne, progressive d'Hallopeau ou variété maligne de psoriasis pustuleux ?** (Contributo allo studio delle acrodermatie essudative) (Studio clinico-istologico di un caso di non facile classificazione : Acrodermatita pustulosa, progressiva, maligna di Hallopeau o varieta maligna di Psoriasi pustulosa ?). *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, vol. **84**, fasc. V, octobre 1943, pp. 569-633, 14 figures. Bibliographie.

L'A. fait observer qu'au sujet de l'acrodermatite continue d'Hallopeau, il règne à l'heure actuelle une grande confusion et que beaucoup d'auteurs ont fait rentrer dans ce cadre nosologique une foule de cas qui n'ont rien de commun avec la dermatose décrite par Hallopeau et même rien de commun entre eux. Si bien que l'auteur est d'avis que cette question mériterait d'être reprise *abovo*.

Puis il rapporte un cas personnel dont il a fait une étude extrêmement minutieuse qu'il expose dans tous ses détails.

Il s'agit d'un sujet de 68 ans chez lequel survint une acrodermatite exsudative pustuleuse, progressive, maligne, qui, en deux ans et quatre mois le conduisit à la mort après généralisation. Le début se fit à un doigt d'une main, à la suite semble-t-il, d'une piqûre d'épine; par la suite les lésions se propagèrent aux faces dorsales et palmaires des deux mains puis des pieds. Les caractères cliniques

de ces lésions correspondaient bien à ceux qui ont été décrits pour l'acrodermatite de Hallopeau variété vésiculo-pustuleuse ou suppurative mutilante.

Dans une seconde période on vit apparaître sur le tronc et sur les faces latérales des bras et des jambes des éléments pustuleux en placards dont l'aspect rappelait les éruptions d'impétigo herpétiforme ou de psoriasis pustuleux.

Dans une troisième période se produisirent des accidents de généralisation avec manifestations érythémateuses de type érythrodermique et pustulation miliaire.

La malade résista à tous les traitements, malgré quelques améliorations passagères, la dermatite envahit presque la totalité de la surface cutanée avec altération de plus en plus accentuée de l'état général et finalement le malade fut emporté par une broncho-pneumonie.

L'A. discute le diagnostic différentiel pour l'identification et la classification nosologique du cas étudié, en se basant sur les caractères cliniques et généraux ainsi que sur les constatations histologiques. Après avoir éliminé toutes les affections cutanées qui ont avec le cas observé quelques analogies, il restreint le champ de la discussion à l'acrodermatite de Hallopeau, à l'impétigo herpétiforme, et au psoriasis pustuleux.

Il confronte ces trois formes au point de vue clinique, histologique et étiopathogénique d'où il conclut que l'identification d'une entité nosologique propre est admissible pour l'impétigo herpétiforme, mais que la différenciation est plus douteuse entre l'acrodermatite continue et le psoriasis pustuleux et dans le cas étudié certaines données cliniques et histologiques s'apparentaient avec l'une et l'autre de ces deux formes morbides.

L'impétigo herpétiforme peut selon lui, être exclu avec certitude en raison des caractères cliniques d'évolution et même de certains caractères histologiques.

L'exclusion du psoriasis pustuleux, du moins dans ses formes frustes, lui semble moins légitime en raison des manifestations cutanées en placards du tronc et des membres, sans que celles-ci cependant aient jamais présenté des caractères nettement typiques permettant une identification indiscutable.

Mais les lésions des doigts et des mains avaient sans aucun doute les caractères de l'acrodermatite continue de Hallopeau.

Comme il n'est guère vraisemblable que chez un même malade se soient rencontrées deux dermatoses rares, on peut en conclure que le sujet étudié était bien atteint d'une « acrodermatite exsudative pustuleuse maligne progressive » dont les caractères cliniques présentaient des analogies à la fois avec ceux de la maladie décrite par Hallopeau et avec le psoriasis pustuleux et ces analogies permettent de soupçonner ainsi que cela a été fait déjà par d'autres auteurs une identité de ces deux formes morbides. BELGODÈRE.

C. C. CARPENTIER et W. H. HALL. — **Traitement de la dermatite herpétiforme par la pénicilline** (Treatment of Dermatitis herpetiformis with Penicillin). *American Archives of Dermatology and Syphilology*, t. **51**, avril 1945, p. 241 (d'après *L'Union Médicale du Canada*, Montréal, t. **74**, n° 6, juin 1945).

Considérant que la dermatite herpétiforme est une forme d'allergie microbienne plutôt qu'une maladie d'origine nerveuse, métabolique ou toxique, les A. traitèrent 6 malades avec la pénicilline sodique, chaques 3 heures; dès la septième injection disparition du prurit, et l'éruption s'atténue. Mais l'action de la pénicilline ne se fait sentir que pendant son administration.

L'éruption réapparaît sitôt après. Une dose totale de 300.000 U. a paru suffisante dans tous les cas. H. RABEAU.

B. Mario Mourao (Sao Paulo). — **Le rôle du streptoocque dans le pemphigus foliacé (fogo selvagem, nom brésilien). Etude clinique et bactériologique** (O papel do estreptoccco no penfigo foliaceo (fogo selvagem). Estudo clinino-bacteriologico. *Memorias di Instituto Butantan*, t. **17**, 1943, pp. 141-285, 28 figures, 22 tableaux, bibliographie sud- et nord-américaine surtout.

Dans ce travail, divisé en 12 chapitres, M. passe en revue les travaux ayant trait au rôle du streptocoque dans les dermatoses du groupe pemphigus; il n'a pas pu confirmer les recherches de Lindenberg qui attribuait l'étiologie du pemphigus vulgaire et de la maladie de Dühring à un virus circulant dans le sang, virus transmissible aux animaux de l'aboratoire. Mêmes résultats négatifs par inoculation expérimentale de liquide céphalo-rachidien et de fragments d'organes prélevés à l'autopsie de malades atteints de pemphigus vulgaire. Les termes pemphigus foliacé, pemphigus tropical et *Fogo selvagem* sont synonymes.

M. a étudié 160 cas de pemphigus foliacé et le matériel (sang, liquide des bulles, croûtes) a été prélevé à des stades différents, avant toute thérapeutique, afin d'en faire une étude anatomo-pathologique et surtout une étude bactériologique très poussée. Les streptocoques, isolés dans un pourcentage de 81,1 o/o, étaient principalement des *streptocoques hémolytiques*.

Épidermocultures. — Pendant la période d'invasion bulleuse, pas de streptocoque dans le liquide clair des bulles, mais présence constante de streptocoques (100 o/o) dans les croûtes et dans le liquide trouble des bulles. Dans les cas chroniques généralisés, le streptocoque a été mis en évidence dans 33,3 o/o des cas, en culture pure, dans le liquide clair des bulles et dans 100 o/o dans les croûtes et les bulles purulentes. Dans les cas frustes, le pourcentage était de 25 dans les lésions externes (12,5 o/o de streptocoque hémolytique et de 12,5 o/o de streptocoque indifférent). Dans les cas en régression le pourcentage de 62,5; enfin, dans les cas cliniquement guéris, absence de streptocoque.

Les hémocultures pratiquées chez 150 malades ont fourni les résultats suivants : streptocoques (dont 2 échantillons appartenant au groupe alpha, indifférent) dans 19 ou 12,6 o/o, staphylocoques dans 5 ou 3,3 o/o (un seul staphylocoque doré, tous les autres blancs); 73,7 o/o de mortalité chez les malades présentant une hémoculture positive au streptocoque et 20 o/o chez ceux présentant une hémoculture positive au staphylocoque.

Au cours des autopsies, le streptocoque isolé dans un pourcentage de 95,7 (4 fois en culture pure et 19 fois associé à d'autres germes) appartenait au type beta, hémolytique. Le matériel prélevé aseptiquement (sang cardiaque, foie, rate, cerveau, rein, liquide péricardique, moelle osseuse, liquide péritonéal, bile vésiculaire, poumons, moelle épinière, abcès pelvien) était broyé et ensemencé dans différents milieux de culture (gélose ordinaire, gélose sang, milieu de Tarozzi, milieu de Teague, bouillon glucosé, gélose sérum, milieu de Lignières, lait au bleu de méthylène à 0 cm^3 2, etc.). Sur 11 hémoculture faites *ante mortem*, 2 ont permis d'isoler le streptocoque hémolytique.

D'autres dermatoses appartenant au groupe du pemphigus ont été étudiées : dans 5 cas de dermatite herpétiforme de Dühring, M. a isolé, par épidermoculture, 2 fois le streptocoque hémolytique et une fois le staphylocoque doré (liquide de bulles purulentes). Par ce même procédé, *Streptococcus aureus* a été identifié, associé à des bacilles gram positif, dans un cas de pemphigus aigu fébrile. Quant aux hémocultures, trois ont été négatives et une a révélé la présence de *Streptococcus viridans* dans 4 cas de maladie de Dühring. Les hémocultures pratiquées dans un cas de pemphigus végétant et dans un cas de pemphigus aigu fébrile ont été toutes deux négatives.

Sur 42 échantillons de streptocoques isolés, 39 appartenaient au groupe hémo-

lytique, et par l'étude des caractères biologiques, sérologiques et biochimiques, M. peut identifier les streptocoques isolés de pemphigus à *Streptococcus pyogenes*.

Enfin, 484 animaux de laboratoire (77 lapins, 87 cobayes, 180 rats blancs, 140 souris blanches) ont été inoculées par voie intrapéritonéale : le pouvoir pathogène s'est montré particulièrement élevé pour la souris (90,4 o/o).

Il résulte de ce travail que la toxi-infection streptococcique joue un grand rôle dans le pemphigus foliacé et que la gravité des lésions de la peau est fonction de la présence et de la virulence de ce germe. Cependant, il est encore impossible d'affirmer que la présence du streptocoque soit liée à la production de bulles de pemphigus, puisque tous les examens bactériologiques de ces éléments, au début de l'affection, sont demeurés négatifs. Ce n'est qu'après la généralisation de la dermatose que la protection de l'épiderme n'est plus garantie, à ce stade clinique les cocci peuvent gagner la circulation et on note parallèlement un déficit de la peau et un déficit de l'état général. R. Mollinedo.

J. Paulo Vieira. — **Pemphigus foliacé et syndrome de Senear-Uscher** (Penfigo foliaceo e Syndroma de Senear-Uscher). *Revista dos Tribunals*, Sao Paulo, 1942, 1 vol., 170 pages, 75 figures, bibliographie personnelle.

Au Brésil, le pemphigus foliacé (communément appelé *Fogo selvagem*) revêt un caractère si alarmant qu'il pose un problème sanitaire national. Cette affection est très répandue dans certains États (Sao Paulo, Sul-de-Minas, Goyaz, Matto grosso) et de ce fait a suscité de nombreuses investigations cliniques, microbiologiques et anatomo-pathologiques.

La lésion bulleuse initiale apparaît sur le thorax, à la période fébrile du début, et progresse rapidement. En 1 ou 2 mois, tout le corps est envahi et l'épiderme n'offre plus de résistance au moindre traumatisme : il se décolle en laissant le derme à nu et s'accompagne d'une exsudation séro-purulente, puis d'une sensation de cuisson. Bientôt le cuir chevelu, les sourcils, les cils sont atteints, donnant l'aspect d'une pseudo-teigne d'Alibert. Dans d'autres cas, le cuir chevelu offre l'aspect d'une véritable carapace.

La température varie de 37° à 38° avec des rémissions matinales; on note une pseudo-ankylose des grandes articulations. Les membres sont atrophiés, l'épiderme adhère aux parties musculaires et osseuses sous-jacentes (vraisemblablement par atrophie des fibres élastiques du chorion). Au cours de la période d'invasion, il n'est pas rare d'observer des œdèmes par rétention chlorurée, avec cylindrurie et élévation énorme de la densité urinaire.

Dans les cas généralisés à tout le tégument (en 2 à 4 mois), les ongles deviennent cassants, et, frappés d'onychorrhexis, prennent une couleur teinture d'iode.

Dans certaines formes chroniques, V. a noté une amyotrophie accentuée des membres et des régions thénar et hypothénar.

Parfois, l'affection évolue vers une forme de résistance dont le pronostic est beaucoup plus favorable : les bulles régressent et font place à une papillomatose puis à une kératose locale ou générale, ou bien à une intense hyperpigmentation. La papillomatose siège sur le thorax, les jambes, les faces palmaires ou plantaires. Dans cette dernière éventualité, les empreintes digitales sont très modifiées.

V. a également noté de profondes altérations d'ordre endocrinien (chez la femme : faciès masculin, atrophie des seins, adiposité). Les troubles du système osseux se traduisent par de l'ostéoporose et de la pseudo-ankylose des grandes articulations.

Pour V., le *Fogo selvagem* est une affection bien caractérisée, sans aucun lien de parenté avec différentes dermatoses bulleuses, telles que la maladie de Dühring, le

pemphigus aigu fébrile grave de Nodet, Pernet et Brocq, le pemphigus chronique vrai de Besnier, Brocq et Darier, le pemphigus subaigu fébrile malin à bulles extensives de Brocq, le pemphigus végétant grave de Neumann.

Autre particularité, le *Fogo selvagem* ne se traduit jamais par une atteinte des muqueuses.

Dans le syndrome de Senear-Usher, les bulles, les croûtes siègent principalement sur les faces antérieures et postérieures du thorax, le dos du nez et les régions malaires; sur le visage, l'éruption simule le lupus érythémateux ou la dermatite séborrhéique.

Les 560 cas de *Fogo selvagem* que l'auteur a étudiés, ont été classés en formes frustes, papillomateuses, dystrophiques et hyperpigmentées, formes de début et formes avancées. Sur 10 cas de forme fruste, V. a toujours rencontré un ensemble d'altérations histopathologiques identiques à celles qu'il a observées dans les formes généralisées : un certain degré d'acantholyse, papillomatose et hyperkératose; œdème, exocytose et foyers de spongiose, et parfois de l'acanthose, formation de bulles par désagrégation de la couche malpighienne. L'infiltrat est polymorphe (neutrophiles et ésosinophiles). Sur d'autres coupes, l'infiltrat est monolymphocytaire. Un autre caractère intéressant est la migration du pigment vers le chorion papillaire, avec, par places, disparition du pigment de la couche basale. Exceptionnellement, il y a du pigment dans la couche de Malpighi. Sur quelques préparations, on peut voir de grandes altérations des cellules épithéliales, avec altérations régressives du noyau et acantholyse. Plages d'épiderme rompu, laissant ainsi, à découvert la basale et même le chorion.

V. reproduit les photomicrographies des coupes histologiques publiées par Senear-Uscher et les compare aux siennes. L'étude clinique, iconographique et histopathologique des 11 cas publiés par les auteurs nord-américains, lui a permis d'assimiler le syndrome de Senear-Uscher à la forme fruste du pemphigus foliacé.

Recherches biologiques. — Le taux des protides, chez 30 malades, est légèrement augmenté; le chlore plasmatique et le chlore globulaire sont, en général augmentés. Légère acidose, sans modification du métabolisme basal; faibles variations de la cholestérine et de la densité des urines. Pas de résultat vraiment probant au point de vue hématologique.

L'*expérimentation* a porté sur 273 animaux (60 lapins, 34 cobayes, 153 rats, 24 souris, 2 macacus rhesus) infectés par différentes voies (péritonéale, testiculaire, cérébrale, oculaire) avec du sang, du sérum et du filtrat de bulles. Les résultats ont été négatifs.

Essais thérapeutiques. — Au Brésil, 15 o/o des malades guérissent spontanément. Il n'y a pas de thérapeutique standard, aussi l'A. conseille-t-il la balnéothérapie abdominale, la quinine *per os* (o gr. 50 à 1 gramme *pro die*), les onctions avec de la vaseline boriquée neutre, les injections intraveineuses de 10 centimètres cubes de bromure de strontium à 10 o/o. Les préparations à base de cinnamate de benzyle, d'huile de foie de morue ou d'huile de chaulmoogra lui ont donné de bons résultats. A cette thérapeutique, il faut adjoindre des reconstituants et des toniques, un régime hypochloruré. Chez des malades dont l'état général est satisfaisant, V. a obtenu de bons résultats (2 cas) avec la germanine. Le dagénan est mal toléré.

A l'*autopsie*, on note une atrophie accentuée des ovaires (6 cas), un infiltrat graisseux du foie (3 cas); dans 7 cas, une hyperplasie des cellules éosinophiles de l'hypophyse. Enfin, par 2 fois, un streptocoque hémolytique et virulent a été isolé par hémoculture. [Chez des malades atteints de pemphigus foliacé, Mario Mourao (*Mem. d. Inst. Butantan*, **17**, 1943, pp. 141-285) a constamment isolé le streptoco-

que hémolytique dans les lésions cutanées, plus rarement par hémoculture. Pour cet auteur, la toxi-infection streptococcique jouerait un très grand rôle dans cette affection, *An*].

R. Mollinedo.

G. F. Chiale. — **Encore sur le « pemphigus de Senear Usher »** (Ancora sul « pemphigo di Senear-Usher »). *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, vol. **84**, fasc. I, février 1943, pp. 16 à 34, 8 figures. Bibliographie.

Le pemphigus de Senear Usher est connu désormais, à la lumière d'une centaine d'observations et ainsi nommé en mémoire des deux dermatologistes américains (1926). L'A. le considère comme une variété d'évolution du pemphigus chronique vrai. Cette opinion n'est en contradiction avec aucune des données de laboratoire qui résultent des recherches pratiquées pour mettre en évidence les conditions physiopathologiques des malades atteints de cette affection. Bien au contraire, l'évolution clinique et les constatations histologiques concordent pour l'unicité de ces deux formes. Ces dernières confirment dans les manifestations initiales « séborrhéiques » les lésions particulières, du pemphigus, fussent-elles ébauchées. L'A. n'est pas convaincu par certaines particularités sur lesquelles ont insisté Touraine et Lortat-Jacob : caractères des bulles qui ne correspondraient pas du tout à ceux des bulles du pemphigus (C. estime d'après son expérience personnelle qu'il y a identité parfaite entre les manifestations bulleuses des deux formes) rareté de ces éléments au visage (opinion qui est en contradiction avec l'histoire clinique des malades qui font l'objet de ce travail et les figures), absence d'éosinophilie sanguine dans les bulles de la peau (cette absence d'après C. est fréquente aussi dans le pemphigus).

Au syndrome de Senear Usher ou pemphigus séborrhéique, on reconnaît cependant le caractère nosologique de troisième variété du pemphigus vulgaire à côté de la variété foliacée et de la variété végétante. Ses caractéristiques sont les manifestations « séborrhéiques » par lesquelles débute le plus souvent le tableau morbide, et l'évolution bénigne de cette première phase. Mais le tableau classique du pemphigus vulgaire se manifeste par la suite (ou plus rarement précède).

Les lésions initiales localisées dans les zones ou la séborrhée et la kérose sont en activité ou potentielles sont peut-être des réactions contingentes d'aires cutanées particulièrement sensibles au virus inconnu du pemphigus.

Belgodère

H. Pinkus et S. Epstein. — **Pemphigus familial bénin chronique. Un cas** (Familial benign chronic pemphigus). *Arch. of Derm. and Syph.*, t. **53**, n° 2, février 1946, pp. 119-124, 2 figures. Bibliographie.

Les auteurs rapportent deux cas — chez deux sœurs — de cette affection décrite par Hailey et Hailey.

Bons effets de la sulfapyridine et de la vitamine A à des périodes différentes de la maladie.

Deux thérapeutiques aussi dissemblables ne peuvent guère permettre des conclusions d'ordre étiologique.

Cette affection ayant été rapprochée, selon les uns, du pemphigus et de la dermatite herpétiforme, selon les autres, de la maladie de Darier, mais les lésions de type végétant sont absentes. Cependant, dans le cas présenté, les lésions histologiques étaient très voisines de celles de la maladie de Darier.

L. Golé.

K. A. Riley. — **Les bandages compressifs dans le traitement du pemphigus** (Use of pressures bandages in the treatment of pemphigus). *Arch. of. Derm. and Syph.*, **54**, nº 6, novembre 1946, p. 711.

Dans un cas de pemphigus foliacé avec larges surfaces érodées des extrémités et du tronc, l'auteur a employé cette méthode dans le but de calmer les phénomènes douloureux et a constaté dès le deuxième jour une épithélisation rapide et guérison en 15 jours sans récidives de bulles. Les bandages compressifs étaient renouvelés tous les deux jours, après un bain de permanganate de potasse et application d'une lotion désinfectante. Cette méthode pourrait, d'après l'auteur, être tentée dans d'autres affections cutanées analogues.

L. Golé.

L. Callaway, J. Arena, R. Noojin et K. Riley. — **Pemphigus ; guérison par la pénicilline; une observation** (Pemphigus, successful treatment with penicillin. Report of a case). *Journal of Pediatry*, t. **28**, mai 1946, pp. 592-594, 2 figures. Bibliographie.

Fillette de 4 ans traitée depuis 6 semaines sans succès, par diverses méthodes, pour un pemphigus. 10.000 U. de pénicilline puis 5.000 U. toutes les 3 heures jusqu'à un total de 116.000 U. Guérison en une semaine, se maintenant depuis 2 ans.

A. Touraine.

60. — *Maladie de Dühring.*

Clément Simon. — **Dermatite polymorphe douloureuse de Dühring-Brocq.** *Le Bulletin Médical*, nº 1, 1er janvier 1946, pp. 1 à 5.

— L'auteur définit ce que Brocq entendait par « dermatites polymorphes douloureuses ». Il rappelle que la « dermatite herpétiforme » décrite par Dühring n'en constitue qu'une des formes cliniques.

Dans une revue générale de la maladie il sépare : les dermatoses polymorphes douloureuses aiguës, les dermatoses polymorphes douloureuses chroniques à poursées successives, des dermatites polymorphes douloureuse de la grossesse ou herpès gestationis.

Il cite les différentes théories étiologiques émises jusqu'à ce jour. Pour lui les éruptions cutanées seraient la projection de lésions ou de troubles fonctionnels du système nerveux central et non périphérique à cause de la topographie diffuse de la dermatose.

Il rappelle qu'histologiquement la bulle typique de la dermatite polymorphe est toujours sous-épidermique décoiffant complètement le corps papillaire, contrairement à celle du pemphigus : cavité se creusant par clivage dans l'épaisseur du corps muqueux (Civatte).

L'auteur termine en citant les différents traitements employés jusqu'ici, dont le plus récent : la germanine ou moranyl semblerait aussi le moins infidèle.

H. Ruel.

P. Küss. — **Dissociation des signes cutanéo-muqueux et des signes généraux dans la dermatite polymorphe douloureuse de Brocq-Dühring et dans le pemphigus chronique.** *Thèse*, Paris, 1945, 22 pages dactylographiées. Pas de bibliographie.

Gougerot a attiré l'attention sur les cas où la mort survient alors que les manifestations cutanéo-muqueuses sont guéries ou presque. Le fait a un grand intérêt pronostique et thérapeutique; celui-ci doit donc être continué malgré la quasi-guérison clinique.

K. discute la pathogénie de cette dissociation : éruption rentrée, auto-intoxication, causes surajoutées (infections secondaires, septicémies, défaut de défense cutanée).

Rappel de 5 observations du Pr Gougerot à la *Soc. de Dermatologie* (14 novembre 1935, 7 avril 1938, 13 février 1941, 8 janvier 1942, 3 octobre 1943).

A. Touraine.

Robert Weissenbach. — **Kystes épidermiques et maladie de Dühring-Brocq**. *Thèse*, Paris, 1944, 55 pages.

Bon et intéressant travail. A propos de deux observations rapportées en détail, l'A. fait une étude générale des kystes épidermiques que, avant lui, Brocq (1898), Danlos (1901), Gaté et Blondet (1943) ont signalé au cours de la maladie de Dühring-Brocq.

Ces kystes ont le même aspect que dans l'épidermolyse bulleuse polydysplasique; ils ont toujours été abondants, surtout aux mains et à la face, et presque toujours généralisés. Il s'agissait de formes atypiques de la dermatite herpétiforme (pemphigoïde, circonscrite, simulant l'érythème polymorphe), avec participation habituelle des muqueuses, douleurs, mais sans éosinophilie.

Leur étude histologique permet de conclure à une origine sudoripare et apporte un argument important en faveur de l'opinion de Darier sur l'origine sudoripare des kystes apparaissant au cours de l'évolution des dermatoses bulleuses.

A. Touraine.

6q. — *Lichens*.

D. Montgoméry (San Francisco). — **Le diagnostic du lichen plan de la paume des mains** (The diagnosis of lichen planus of the palms). *The Urologic and Cutaneous Review*, t. **44**, nº 4, avril 1940, pp. 249-250. Courte bibliographie.

Revue des difficultés de diagnostic que le lichen plan des paumes peut offrir avec les syphilides secondaires (1 cas personnel), l'eczéma, les épidermophyties, les callosités, la gale, certaines vésicules et bulles. A. Touraine.

L. Pierini, D. Ugazio et A. Froment. — **Lichen plan pilaire. Syndrome de Graham Little** (Lichen planopilaris). *Revista Argentina de Dermatosifilologia*, t. **29**, nº 2, juin 1945.

Deux cas du syndrome de Graham Little, chez des femmes de 48 et 56 ans, réunissant les 3 éléments cliniques du syndrome : alopécie cicatricielle du type de la pseudo-pelade de Brocq; papules folliculaires, en plaques ou dispersées, ou mieux en larges nappes, pouvant réaliser l'aspect de lichen spinulosum; alopécie non cicatricielle des aisselles et de la région génitale. Une pigmentation foncée, intense, peut s'ajouter à ces éléments. A. Touraine.

J. Pesano et J. C. Radice. — **Une singulière forme de spinulosisme attribuable au lichen plan** (Singular forma de espinulosismo attribuible al liquen plano). *Rev. Argent. Dermatosifilolog.*, t. **30**, nº 1-2, janvier-juin 1946, pp. 48-53.

Le spinulosisme (Darier) n'est qu'une forme de réaction cutanée qui peut être déclenchée par des causes multiples. Ainsi, le contact répété avec les hydrocarbures, l'avitaminose A, des infections comme dans le lichen scrofulosorum et les syphilides folliculaires, les toxicodermies auriques et arsenicales, etc. C'est parfois une allergide provoquée par une tuberculose, trichophytie ou dermatophytie; dans d'autres, les causes du spinulosisme restent ignorées, comme dans la kératose pilaire, le lichen spinulosus, l'acné cornée, ect. Les auteurs sont convaincus que le lichen plan, dans un grand nombre de cas, peut se révéler par des lésions spinulosiques, et que le syndrome de Graham-Little doit être attribué à cette maladie.

Un homme de 54 ans, avait, en 1934, des lésions typiques de lichen corné ou verruqueux aux deux jambes. En 1936 ces lésions s'étaient transformées en éléments num-

mulaires érythémato-atrophiants. Un spinulosisme typique se voyait aux fesses, au sacrum et sur la jambe gauche. Mais, périodiquement, des phlyctènes spontanées apparaissaient sur ces plaques érythémato-atrophiantes, puis disparaissaient en quelques jours sans aucun traitement spécial. En 1938, les lésions spinulosiques ont diminué, les cones cornés devenant plus petits et moins nombreux. Les éléments érythémato-atrophiants des jambes ont accentué leur aspect atrophique et ont pris une couleur normale, avec un épiderme très aminci. Les poils de la partie antérieure des jambes ont presque disparu et l'on voit des orifices pileux dilatés, d'aspect atrophique. L'histologie montra l'existence d'un infiltrat intense, avec les caractères du lichen plan, autour des follicules hyperkératosiques. Le malade avait eu, 20 ans auparavant, un chancre syphilitique, insuffisamment traité ; mais la sérologie était maintenant négative et le traitement spécifique ne modifia pas les lésions. Les A. font remarquer la modalité atrophiante et inflammatoire insolite du lichen corné et les phlyctènes récidivantes sur les plaques érythémato-atrophiantes.

Jonquières.

B. Saad (Beyrouth). — **Epithélioma spino-cellulaire sur lichen plan buccal ulcéré.** *Communications et causeries médicales*, Beyrouth, 1946, Neo édit., pp. 38-42.

Quoique Darier ait dit que le lichen plan ne conduit jamais au cancer, observation d'une femme de 40 ans, atteinte d'un lichen des deux joues sur lequel s'est développé un épithélioma spino-cellulaire ulcéré, vérifié par biopsie, avec volumineuse adénopathie cervicale. A. Touraine.

N. Wrong et J. Roberts. — **Lichen nitidus.** *Proceedings of the Royal Society of Medicine*, vol. **38**, n° 5, juillet 1945, p. 500 (*Section of Dermatology*, 15 mars 1945).

A l'occasion d'un cas chez un homme de 25 ans avec lésions sur une cheville puis à un pli du coude, aux deux avant-bras, sur une hanche, le gland et dans la bouche, rappel d'une douzaine d'observations récentes.

L'étiologie reste inconnue : tuberculose, affection vénérienne (Barker), variété de lichen plan (Dowling; 7 o/o des cas de lichen plan de Ellis et Hill. *Arch. of Derm. a. Syph.*, **38**, 1938, p. 569 ont montré du lichen nitidus).

La papule de lichen nitidus est formée d'un petit granulome sous-épidermique, constitué par des lymphocytes avec, parfois, cellules épithélioïdes ou géantes qui rendent difficile le diagnostic avec le lichen plan.

Muende fait observer que, dans le cas de W. et R., l'infiltrat lymphocytique est diffus dans un fin réseau de fibrilles, alors qu'il est dense, limité à une ou deux papilles et intéressant la couche basale dans le lichen nitidus typique.

A. Touraine.

J. R. Simpson. — **Lichen nitidus.** *Proceedings of the Royal Society of Medicine* (*Sect. of Dermatology*, 17 octobre 1946), t. **40**, n° 1, novembre 1946, pp. 9-10.

Enfant de 9 ans. Début depuis 6 mois, progressif. Très nombreux petits éléments caractéristiques sur le tronc, les membres, la verge, le front, une joue ; histologie typique ; cuti-réactions négatives. Échec du calciférol (100.000 U. par jour pendant un mois) car apparition de nouvelles lésions.

Hellier croit à l'étroite parenté du lichen nitidus avec le lichen plan et non avec la tuberculose.

Semon est du même avis. Il a vu récemment des lésions de lichen nitidus sur la muqueuse vulvaire et le voile du palais.

Feeny a vu récemment l'association avec le granulome annulaire ; l'aspect clinique était celui d'un lichen scrofulosorum.

Parkes Weber note l'analogie clinique et la parenté étiologique du lichen nitidus avec le lichen scrofulosorum. A. Touraine.

B. Green. — **Lichen scléreux et atrophiant. Lichen plan morphéique** (Lichen sclerosus et atrophicus. Lichen planus morpheicus). *Proceedings of the Royal Society of Medicine* (*Section of Dermatology*, 15 avril 1945), t. 39, n° 4, septembre 1946, p. 682.

Femme de 17 ans. Début à 11 ans par une petite papule de l'épaule droite ; après 8 mois, extension sous forme de deux plaques sur l'épaule droite constituées par de petites papules et montrant une légère atrophie centrale ; quelques éléments cornés, comédoniformes disséminés ; aspect général de morphée.

G. Bamber. — **Lichen scléreux** (Lichen sclerosus). *Ibid.*, p. 684.

Fille de 14 ans. Début à 11 ans et demi sur la hanche et la cuisse droite ; plus tard, atteinte du coude droit et de l'épaule gauche, puis, en traînées blanches, sur le bras droit. Aspect typique de lichen scléreux, avec surface blanche légèrement squameuse et atrophique.

P. Weber propose pour des cas analogues à ceux-ci, le terme de « morphée du type lichen scléreux et atrophique ». A. Touraine.

Mario Artom et Humberto Cerruti. — **Considérations sur le lichen sclèreux** (Consideraçoes sôbre o liquen escleroso). *Anais Brasileiros de Dermatologia e sifilografia*, vol. 21, n° 1, mars 1946, pp. 7-35, 11 figures.

Une étude bibliographique permet aux auteurs de souligner les nombreuses incertitudes que présente encore le problème du lichen scléreux. Des doutes ont été élevés sur l'individualité clinique de la dermatose. Plusieurs dermatologistes la considèrent comme une forme de sclérodermie localisée et la confondent avec le white spot disease.

Un cas personnel illustre la discussion et apporte des arguments en faveur de l'autonomie des lésions. Celles-ci occupent les régions interscapulaire, dorsale et lombaire. Elles consistent essentiellement en des papules dures avec des « bouchons » cornés, des dépressions cunéiformes que précise l'examen histologique ; on trouve un amincissement de l'épiderme, une disparition à peu près totale des papilles, une densification du collagène dermique, une raréfaction et une désintégration des fibres élastiques dans les zones centrales.

Des photographies successives permettent de suivre l'évolution clinique. Les éléments se multiplient en même temps que s'accentue l'hyperkératose.

Au double point de vue clinique et histologique l'affection est nettement distincte du white spot disease.

Confrontant les données de leur observation avec les cas observés dans la littérature, Artom et Cerruti cherchent les raisons pour lesquelles l'incertitude reste aussi grande et pensent qu'il s'agit, suivant les cas, d'erreurs d'interprétation ou de confusions terminologiques. Ils se déclarent nettement en faveur de la dualité du lichen scléreux et des sclérodermies.

L'existence d'un infiltrat constitué par des cellules épithélioïdes, des plasmocytes et des fibroblastes, localisés autour des vaisseaux et des annexes de la peau démontrent en outre qu'il n'a rien de commun avec le lichen plan.

J. Margarot.

C. R. Anderson. — **Lichen bulleux scléreux et atrophique** (Bullous lichen sclerosus et atrophicus). *Arch. of Derm. and Syph.*, t. 49, n° 6, juin 1944, p. 423.

L'auteur rappelle d'abord les principales conclusions de l'article important, consacré en 1940 par Montgomery et Hill, au lichen scléreux et atrophique (*Arch. of Derm. and Syph.*, 42, novembre 1940, pp. 755-779). Leur étude était basée sur 46 cas. Dans deux de leurs cas il existait des plaques infiltrées évoquant la sclérodermie localisée, et dans un troisième de multiples plaques infiltrées rappelant celles que l'on rencontre au stade œdémateux de la morphée mais avec

des bouchons kératosiques caractéristiques tant au point de vue clinique qu'histologique. Les caractères histologiques du lichen bulleux et atrophique sont l'hyperkératose avec bouchons kératosiques des follicules pileux et des annexes et, de plus, l'atrophie du reste de l'épiderme, dégénérescence ou nécrose de la basale, due à la dilatation des vaisseaux et lymphatiques, œdème de la partie supérieure du derme, homogénéisation et œdème des fibres du tissu conjonctif, séparation des fibres élastiques de l'épiderme, mais sans destruction de celles-ci. Infiltrations de la partie moyenne du derme au-dessous de la région œdématiée et absence d'oblitération des vaisseaux plus profonds. Pour M. et H., l'œdème de la partie supérieure du derme peut aboutir cliniquement à la formation de petites vésicules, ainsi que le montrent le cas de Myers, lui-même confirmé par le cas de Templeton (Sclérodermie localisée avec bulles. *Arch. of Derm. and Syph.*, **43**, février 1941, pp. 361-365).

L'auteur après avoir cité un cas personnel identique, rapporte les observations parues jusqu'à ce jour de sclérodermie localisée avec bulles et il pense en particulier que le cas décrit par Templeton sous le nom de sclérodermie localisée avec bulles est en réalité un lichen bulleux scléreux et atrophique. La sclérodermie localisée bulleuse paraît bien être une véritable entité clinique bien que l'histologie ne permette pas jusqu'ici de l'affirmer. Il est certain, d'autre part, que la plupart des cas décrits sous ce nom, étaient en réalité des lichens scléreux et atrophiques avec lésions bulleuses. L. GOLÉ.

L. C. GOLDBERG. — **Une dermatose lichénoïde particulière** (An unusual lichenoid dermatosis). *J. A. M. A.*, t. **130**, n° 12. 23 mars 1946, pp. 775-780, 10 figures.

Des cas très nombreux de dermatose lichénoïde ont été observés sur le théâtre d'opérations du sud du Pacifique et dans d'autres zones voisines.

L'affection débute par une phase de dermatite érythémateuse avec petites pustules prurigineuses sur le dos des pieds, des mains, les avant-bras et les jambes, puis, soit des lésions verruqueuses et papulo-squameuses, soit une dermatite exfoliatrice, avec signes généraux et adénopathies (état parfois grave mais rarement fatal). Puis apparaissent des lésions à type de lichen plan hypertrophique généralisé mais surtout marqué aux faces de flexion des bras, des genoux, sur les fesses, le dos des mains et des pieds (la papule classique de lichen plan avec stries de Wickham est exceptionnelle). A l'encontre du lichen plan classique, on peut observer assez fréquemment l'atteinte du visage (en particulier les paupières et les oreilles), des aisselles, du pubis et du périnée (avec parfois infection secondaire compliquant le diagnostic). Les coudes et les genoux peuvent être le siège de lésions qui peuvent faire penser à un psoriasis. Évolution ultérieure vers la pigmentation ou la dépigmentation suivant les régions et certaines lésions peuvent alors simuler des syphilides pigmentaires. Dans d'autres cas l'aspect verruqueux et la généralisation peuvent évoquer l'hypothèse d'une maladie de Darier, d'urticaire pigmentaire, voire d'acanthosis nigricans ou bien ressembler à certaines dermatophyties. L'atteinte des muqueuses (lèvres, pénis, vulve) est fréquente (12 cas sur 60). Dans 3 cas sur 20, l'auteur a observé les lésions lichéniennes les plus typiques sur la muqueuse rectale, sur les colonnes de Morgagni, un centimètre ou plus au-dessus de la zone ano-cutanée mais jamais sur le côlon sigmoïde. Pas de lichen gastrique. Certaines lésions unguéales associées ressemblent à celles du psoriasis.

Au point de vue étiologique l'auteur pense que l'atabrine utilisée par des centaines de milliers de soldats dans le Pacifique, peut déterminer ces lésions au

même titre que l'arsenic, le bismuth. Cependant cette hypothèse n'a pas été confirmée et les différents tests ont été négatifs.

Il en est de même de la recherche d'un agent infectieux et, d'autre part, une déficience alimentaire ne peut être invoquée chez ces malades. Rien de précis quant à une sensibilisation due à la lumière, ou à l'action d'un facteur neuropsychique. Biopsie, recherches de laboratoire n'ont rien montré de particulier.

En dehors du traitement local banal à la phase de dermatite exfoliatrice, l'A. a utilisé le mapharsen à petites doses, 0,02, deux fois par semaine. Grosse amélioration après une à quatre injections, dix injections au plus. Cependant réaction fébrile avec vomissements chez plusieurs malades après la première injection.

Aucune action des sulfamides. L. Golé.

H. Biberstein et J. Wachtel. — **Traitement par immunisation du lichen plan** (Immunization therapy for lichen planus). *Arch. of Derm. and Syph.*, **53**, n° 4, avril 1946, p. 355. Bibliogr.

Les A., admettant l'étiologie infectieuse du lichen plan, ont essayé, comme l'avait fait l'un d'eux (Biberstein) pour les verrues vulgaires, les verrues planes et les condylomes acuminés, un traitement par immunisation. Un premier travail antérieur a montré 9 succès sur 13 cas traités.

Les A. exposent la technique de préparation de l'antigène à partir des papules de lichen, lequel est ensuite injecté par voie sous-cutanée. Statistique de 40 malades parmi lesquels 33 ont pu être suivis : 3 insuccès (malgré 40 à 60 injections), 16 guérisons, 8 rechutes et 6 améliorations nettes.

L. Golé.

6s. — *Erythème noueux.*

Jacqueline Margarot. — **Le problème nosographique de l'érythème noueux.** *Thèse*, mars 1944, Montpellier, Imprim. des Dernières Nouvelles de Strasbourg ; Montpellier, 1945, 201 pages, 5 planches, longue bibliographie.

L'auteur essaie de dégager ce qu'il y a de positif dans l'orientation actuelle des problèmes que pose l'érythème noueux.

Une *première partie* est consacrée à *l'étude analytique des faits* et passe successivement en revue les rapports de l'érythème noueux avec les différents états morbides au cours desquels on l'a signalé. La documentation appuyée sur plus de 350 références bibliographiques et sur 24 observations inédites met en lumière les notions qui paraissent définitivement acquises et permet d'aborder dans une *seconde partie* la *discussion générale du problème.*

Si beaucoup de pédiâtres tendent à admettre la nature tuberculeuse de l'érythème noueux, de nombreux dermatologistes voient encore en lui un syndrome susceptible d'être réalisé par des causes très diverses. Enfin l'existence d'épidémies indiscutables n'autorise pas à rejeter d'une façon définitive l'ancienne hypothèse d'une maladie infectieuse autonome.

Chacune de ces trois théories paraît contenir une part de vérité, tout en excluant les deux autres.

Une synthèse hardie permet à l'auteur de concevoir l'érythème noueux comme une maladie infectieuse spécifique contagieuse, épidémique et immunisante, dont la destinée serait souvent d'être inapparente sans le secours de facteurs de révélation. L'infection bacillaire serait la plus fréquente de ces causes de déclenchement, mais son intervention ne serait pas exclusive. D'autres processus pourraient jouer un rôle identique. L'entrée en scène de ces divers éléments morbides provoquerait des

manifestations éruptives para-allergiques rappelant le phénomène *aspécifique* de Schwartzmann et se marquerait en même temps par diverses réactions d'allergie *spécifique* en rapport non seulement avec l'infection satellite en cause, mais avec tout autre infection intercurrente.

En bref le clinicien se trouverait en présence d'un complexe hyperergique créé par l'incidence d'une maladie autonome et de divers facteurs pathogènes au premier plan desquels serait la tuberculose.

L'auteur se refuse cependant à clore son travail par un exposé conjectural et conclut par le simple énoncé de deux données fondamentales qui lui paraissent marquer la place de l'érythème noueux dans une classification strictement médicale, c'est-à-dire orientée vers la thérapeutique :

1° La pathologie de l'érythème noueux est dominée par son intrication avec une poussée de tuberculose évolutive quelle que soit l'explication adoptée.

2° Son apparition au cours d'états pathologiques divers est corrélative d'une disposition commune des malades à présenter des réactions hyperergiques.

J. M.

R. Levent. — **A propos de l'érythème noueux.** *Gazette des Hôpitaux*, année **119**, n° 12, 15 juin 1946, pp. 255-256.

Reprenant la question si souvent discutée de l'érythème noueux, et sans entrer dans une discussion sur le mécanisme allergique, biotropique ou autre de cette affection, l'auteur admet l'existence d'un *érythème noueux syndrome*, où la tuberculose joue le rôle le plus fréquent mais où d'autres infections peuvent aussi, bien que plus rarement, être en cause. On peut, à la faveur du biotropisme ou du microbisme de sortie, ne pas abandonner l'hypothèse d'un germe spécifique. Mais les constatations récentes en matière de tuberculose plaident plutôt pour l'auteur en faveur du rôle d'une toxine que d'un germe infectant dans la pathogénie de l'affection.

Lucien Périn.

J. H. Vogt. — **Erythème noueux à tuberculinoréaction négative** (Tuberculin negative Erythema nodosum). *Acta medica scandinavia* (Stockholm), t. **123**, 21 janvier 1946, pp. 151-166.

40 cas étudiés de 1940 à 1943, 33 à réaction positive dont 6 avec origine tuberculeuse avérée et 27 possibles; mais 10 d'entre eux ont eu une polyarthrite aiguë avec néphrite ou symptômes de septicémie qui fait penser à une origine non tuberculeuse.

7 malades ont eu une réaction négative, 5 sont morts sans signes d'une cause spécifique, 4 avec polyarthrite aiguë et 1 avec angine et néphrite aussi après l'érythème; il existait des ombres hilaires chez 2 d'entre eux et un élargissement unilatéral du hile chez un autre.

Il est donc possible qu'il existe un syndrome consistant en érythème noueux, polyarthrite aiguë et parfois angine, pouvant s'accompagner de néphrite et d'adénopathie hilaire, le tout de nature « rhumatismale », peut-être par streptocoque.

A. Touraine.

W. Gray (Durham). — **Erythème noueux et tuberculose** (Erythema nodosum and tuberculosis). *British medical Journal*, n° 4417, 1er septembre 1945, pp. 286-287.

Après le rappel des deux seuls travaux de Perry (*Brit. med. J.*, 1944, 2, p. 843) (dans 72 0/0 des cas chez l'enfant, l'érythème noueux marque l'attaque de tuberculose primaire) et de Daniels (*Lancet*, 1944, **2**, pp. 165, 201, 244) (sur 284 nourrices à test négatif à la tuberculine, 5 deviennent positives après une poussée d'érythème noueux), G. rapporte très brièvement 9 observations d'érythème noueux chez des

enfants de 6 à 16 ans [certaines sont discutables, *An*], tous avec réactions positives à la tuberculine.

Sur l'argument que 3 d'entre eux étaient en contact avec des tuberculeux, qu'un était de famille tuberculeuse, que 2 fréquentaient des ménages tuberculeux et que 2 autres avaient eu antérieurement une toux chronique, G. conclut que l'érythème noueux doit être considéré comme un accident primitif de tuberculose.

A. Touraine.

R. Desmeules et Ph. Richard — **Erythème noueux et tuberculose.** *Laval Médical*, vol. **10**, n° 7, septembre 1945, pp. 473-486. Bibliographie.

De l'étude de 24 malades porteurs d'érythèmes noueux suivis par eux, les auteurs concluent que cette affection est presque toujours de nature tuberculeuse. Chez l'enfant elle est contemporaine d'une primo-infection récente dans 90 à 95 o/o des cas. Chez l'adulte elle survient généralement au cours de la primo-infection, plus rarement au cours de la tuberculose de réinfection comme témoin d'un hyper-allergie cutanée.

Les autres facteurs (infections, intoxications diverses) interviennent rarement. En présence d'un sujet atteint d'érythème noueux, il convient donc de penser avant tout à l'étiologie tuberculeuse et de considérer cette étiologie comme la plus probable jusqu'à preuve du contraire. La radiographie pulmonaire s'impose systématiquement dans tous les cas.

A l'appui de cette manière de voir, les auteurs relatent 4 cas particulièrement démonstratifs, intéressant des sujets de 6 à 21 ans, dont ils apportent en détail les observations.

Lucien Périn.

L. M. Pautrier (Lausanne). — **A propos de certaines formes d'érythème noueux d'étiologie indéterminée.** *Revue médicale de la Suisse romande*, année **74**, n° 2, 25 février 1944, pp. 81-89.

P. revient sur la pathogénie de l'érythème noueux. A la suite des communications de Debré et de ses collaborateurs à la Réunion dermatologique de Strasbourg en mai 1938, il a admis que l'érythème noueux de l'enfant et de l'adolescent devait être considéré en certitude absolue comme une lésion de primo-infection. Par contre, chez l'adulte, la théorie tuberculeuse n'est valable que pour certains cas (sujets ayant échappé à toute contamination, réinfections massives avec bacillémie possible). Dans d'autres cas, il s'agit de sujets atteints de tuberculose ancienne en guérison apparente ou en latence; la bacillémie est alors peu vraisemblable. On sait d'ailleurs que, chez l'adulte, l'érythème noueux peut relever de la syphilis secondaire, de la maladie de Nicolas-Favre, des trichophyties suppurées allergisantes, etc. Les lésions cliniques et histologiques de l'affection ne traduisent qu'une réaction tissulaire allergique, polyvalente.

Dans 2 observations nouvelles de P., chez des femmes de 44 et 42 ans, sans tuberculose, l'érythème noueux est apparu à la suite d'une angine. P. se demande si on ne peut pas invoquer, pour expliquer de tels faits, le phénomène de Sanarelli-Schwarzmann et « admettre que, sur un terrain préparé par une infection antérieure, qui peut être la tuberculose ou une autre infection, les décharges microbiennes ou toxiques d'une autre nature déterminent la production de ces réactions inflammatoires et si souvent hémorragiques. » « La question de l'érythème noueux ne se présente donc pas toujours avec la simplicité et l'unicité un peu schématiques que lui attribuent les pédiâtres pour lesquels la tuberculose est la cause unique... Chez l'adulte, le problème se pose avec des données infiniment plus complexes et son étude mérite d'être reprise et continuée. »

A. Touraine.

Gadrat. — **Erythème noueux précoce au cours d'un traitement par le 1262 F** *Soc. de Médecine, Chirurgie et Pharmacie de Toulouse*, novembre 1945.

♂, 18 ans, 4 grammes par jour de 1162 F pour angine. 36 heures après le début du traitement, érythème noueux prétibial qui disparaît en une semaine malgré la continuation du traitement. A la guérison, radio pulmonaire négative, cuti positive. A. Touraine.

E. Benhamou et F. Destaing. — **Erythème noueux sulfamidé chez une myxœdémateuse** *Soc. médic. hôpit. Alger*, 17 décembre 1945 ; *L'Algérie médicale*, 1946, n° 1, janvier-février, pp. 48-51. Bibliographie.

Ce type d'érythème noueux n'est pas habituellement le témoin d'une primo-infection tuberculeuse (J. Decourt 4 cas, J. Marie 12 cas).

Ici, ♀, 31 ans ; le 3 novembre, 8 grammes de sulfathiazol en 2 jours, pour otite ; le 5 : érythème noueux des genoux et des coudes, 39° ; la cuti-réaction faible au moment de l'éruption est forte un mois plus tard ; adénopathie du hile droit 8 jours après l'éruption (absente auparavant). A. Touraine.

V. de Lavergne, Helluy, M. Herbeuval et Willig. — **Les érythèmes noueux thiazolés à propos d'un groupement de cas.** *Revue médicale de Nancy*, année **67**, n° 2, 1er-15 février 1946, pp. 38-40.

Les érythèmes thiazolés, dont les A. rapportent 5 observations personnelles, sont en général très précoces, survenant rapidement après le début du traitement thiazolé. Leur intensité n'est pas en rapport avec la dose du médicament, ils affectent plutôt des sujets jeunes et leur évolution est rapide.

Discussion de leur mécanisme : érythème noueux vrai par biotropisme, rarement intolérance, plutôt toxicité. A. Touraine.

T. Jersild et K. Iversen (Aalborg, Danemark). — **Erythème noueux au cours du traitement par le sulfathiazol** (Erythema nodosum arising from treatment with sulfathiazol). *Acta medica scandinavia*, vol. **111**, fasc. 2, 12 août 1942, pp. 105-115. Bibliographie.

Sur 107 sujets de tous âges traités par le sulfathiazol (3 gr. 5 chez l'enfant à 22 grammes chez l'adulte), les A. ont observé des nausées dans 2,3 o/o des cas, des vomissements dans 6,2, de l'albuminurie dans 1, de la fièvre dans 1,6, de l'injection des sclérotiques dans 1,3 et des manifestations cutanées dans 4,9 o/o (rash scarlatiniforme ou morbilliforme dans 1, rash papuleux dans 1, érythème noueux dans 2,9 o/o). Cet érythème noueux, vu chez 9 sujets, était identique cliniquement et histologiquement à celui d'origine tuberculeuse; aucun de ces malades ne présentait de signes de tuberculose.

Ces accidents ont disparu rapidement après la suppression du médicament. Chez trois sujets une reprise de celui-ci n'a entraîné aucun accident.

A. Touraine.

Julien Marie, Ph. Seringe, P. Maurice et Mlle H. Noufflard. — **Erythème noueux et sulfathiazol.** *La Presse Médicale*, année **53**, n° 31, 14 août 1945, p. 418.

La notion d'érythème noueux tuberculeux, véritable témoin cutané de la tuberculose initiale semblait solidement établie en pédiatrie, alors que les dermatologistes la considèrent comme un syndrome réalisé par des causes multiples, soit infectieuses soit allergiques soit même exclusivement chimiques. M. et ses collaborateurs ont eu l'occasion à la suite de l'emploi du sulfathiazol, d'observer des érythèmes noueux chez des sujets non allergiques à la tuberculine; ils ont avec le médicament, reproduit expérimentalement l'érythème noueux dans le décours de la tuberculose ini-

tiale chez des enfants ayant présenté un érythème noueux spontané tuberculeux. Enfin au cours de la primo-infection tuberculeuse, ou chez des enfants antérieurement allergiques à la tuberculine, l'administration de sulfathiazol a pu déterminer un érythème noueux. L'explication de ces faits leur paraît imprécise. On peut concevoir plusieurs hypothèses: dans les cas où l'allergie tuberculinique est nulle le médicament réaliserait, chez certains sujets, la formation d'une substance capable de produire la même lésion que celle réalisée par les infections déterminant l'érythème noueux; ou bien il s'agirait de biotropisme. Dans les cas où l'allergie est positive on peut admettre que le médicament engendrerait une nouvelle bacillémie ou modifierait l'allergie tuberculinique. H. Rabeau.

R. Moreau et G. Boudin. — **Un cas d'érythème noueux syphilitique.** *Bulletin et Mémoires de la Société Médicale des hôpitaux de Paris*, 3e série, année **60**, nos 1-2-3-4, 1944, pp. 4-6.

Homme de 36 ans présentant un érythème noueux quinze jours après le début d'arthralgies, sans fièvre ni courbature, ni céphalée, ni atteinte de l'état général. Cinq éléments contusiformes à la face antéro-externe de la cuisse gauche, à la face externe du mollet. Cuti-réaction positive à la tuberculine. Quelques petites calcifications intrapulmonaires. On pouvait penser à un érythème noueux d'origine tuberculeuse, mais une réaction de Bordet-Wassermann fortement positive, la présence d'un chancre balano-préputial et l'absence de réaction générale, la polyadénite nous ont fait rattacher ces nouures à la syphilis. L'efficacité remarquablement rapide du traitement arsenical confirme le diagnostic étiologique. H. Rabeau.

S. Hellerström. — **Le problème de l'érythème noueux considéré à la lumière de la lymphogranulomatose inguinale** (Das Erythema nodosum. Problem im Lichte des Lymphogranuloma inguinale). *Acta medica scandinavia*, vol. **109**, fasc. 1-2, 10 novembre 1941, pp. 1-20. Bibliographie.

H. reprend les expériences qui ont servi à démontrer par certains l'origine tuberculeuse de l'érythème noueux et, cette fois, non avec de la tuberculine mais avec de l'antigène de Frei.

L'injection intraveineuse et même intradermique de cet antigène provoque assez souvent la formation d'érythème noueux. Celui-ci n'est que la manifestation d'une forte activité allergique de la peau; il présente d'ailleurs, dans sa fréquence et son intensité, un étroit parallélisme avec l'allergie cutanée mise en évidence par la réaction de Frei. Il apparaît en même temps que celle-ci et trouve son maximum en même temps encore. L'allergène arrive à la peau par voie sanguine au cas d'injection intraveineuse.

L'érythème noueux est une entité clinique mais non étiologique. Il peut être réalisé par certaines conditions locales et générales, en particulier par diverses infections. Il signifie seulement une réaction de l'organisme contre une infection devenue septicémique. A. Touraine.

Alf Westergren. — **Etiologie complexe de l'érythème noueux. Enquête odontologique** (On a complex etiology of Erythema nodosum with reference to the results of an odontologic study). *Act. Derm. Vener.*, vol. **26**, fasc. 4, mars 1946, pp. 384-395, 2 tableaux. Bibliographie.

L'A. croit que dans un grand nombre de maladies infectieuses on peut trouver une étiologie et une pathogénie très complexes : associations microbiennes, et parfois, en outre, intoxications et phénomènes d'intolérance. Tout le monde s'accorde à penser qu'il en va ainsi dans l'érythème noueux. A. W. s'est appliqué à étudier un certain nombre de cas de cette dermatose en s'attachant tout spécialement à l'examen de la dentition. Il est évident que des dents en mauvais état fourniront, par une flore microbienne variée et abondante, où fourmilleront souvent, en particulier les streptocoques hémolytiques, toutes les possibilités d'infecion et de

phénomènes allergiques. D'après ses tableaux comparatifs, il croit pouvoir invoquer souvent l'influence d'une mauvaise dentition. Il retrouve du moins cette tare beaucoup plus souvent chez les malades atteints d'érythème noueux que chez les autres malades. A. Civatte.

E. Frankel. — **Erythème noueux ; une forme grave chez les femmes d'âge moyen** (Erythema nodosum-a severe type in middle-aged women). *The Lancet*, 30 juin 1945, pp. 817-818.

On admet généralement que l'érythème noueux est une réaction inflammatoire non spécifique vis-à-vis de nombreux agents, dont le bacille de Koch et le streptocoque.

F. rapporte 19 cas chez des femmes d'âge moyen et d'une certaine gravité, avec fièvre prolongée, toxémie accentuée, arthralgies, manifestations cutanées extensives et caractéristiques, rechutes fréquentes, sans signes de tuberculose ni de rhumatisme ; guérison complète dans tous les cas.

Dans 9 observations, un streptocoque hémolytique a été isolé dans la gorge ; et dans 7 le streptocoque a été agglutiné à 1/160-5/20 par le sérum du malade. L'hémoculture a été négative. Pas de lésions pulmonaires radiologiques.

A. Touraine.

6u. — *Ulcérations.*

L. Groleau (Sherbrooke). — **Les ulcères de jambe.** *L'Union médicale du Canada*, t. **70**, n° 2, février 1941, pp. 142-152. Longue bibliographie.

Bonne étude d'ensemble sur l'examen de la circulation veineuse (procédés de Trendelenburg, de Perthes), artérielle (procédé de Samuel, épreuve au phosphate-acide d'histamine), sur le diagnostic clinique, les méthodes de traitement : méthodes conservatrices (botte de Unna, bandage adhésif, violet de gentiane, injections sclérosantes), méthodes opératoires (ligatures diverses).

Résultats de ces méthodes : 6 o/o de récidives (30 dans certaines séries) sur 15.000 cas après injections sclérosantes pour Kiboune (1929), 63 o/o pour Faxon, 13,4 pour Kettle sur 225 cas. 89 o/o de succès après ligature haute pour Smith (1939). G. recommande les injections sclérosantes contre les varices modérées, la ligature haute et la résection étagée avec injections sclérosantes si les varices sont volumineuses avec signe de Trendelenburg positif-simple, le traitement des varices, l'incision cutanée à la périphérie de la plaie, le curettage des bourgeons charnus en cas d'ulcère variqueux. A. Touraine.

H. Willners. — **Quelques points de vue au sujet de l'ulcère de jambe** (Einige Gesichtspunkte inbezug auf Ulcus cruris). *Dermatologische Gesellschaft zu Stockholm*, 10 décembre 1941, in *Acta Dermato-Venereologica*, t. **23**, fasc. 6, mars 1943, pp. 573-575.

L'A. attire l'attention sur la fréquence des thromboses phlébitiques dans le passé des sujets atteints d'ulcère de jambe. Sur 53 de ces malades, 32 ont eu une thrombose phlébitique. Il en donne un exemple, chez un homme qui, 18 ans auparavant, avait eu une fracture bimalléolaire suivie d'une légère poussée thermique et d'une embolie pulmonaire probable.

L'oblitération des veines peut d'ailleurs être mise en évidence par la radiographie du système veineux après injection opacifiante de Perabrodil à 35 o/o.

A. Touraine.

L. Kumer (Vienne). — **Traitement conservateur et chirurgical de l'ulcère de jambe** (Konservative und chirurgische Therapie des Ulcus cruris). *Wiener klinische Wochenschrift*, année **58**, n° 35, 27 septembre 1946, pp. 564-566.

Le traitement consiste à :

1° Traiter d'abord la cause, c'est-à-dire les varices, le prurit, l'eczématisation; oblitérer les veines (souvent contre-indiqué par l'âge, les réactions locales, etc.).

2° Obtenir une cicatrice résistante par la désinfection (pansements humides, sulfamides, urée, etc.) et le repos. Cela suffira si l'ulcère est superficiel, avec bon tissu de granulation. Si ce tissu est insuffisant : curetage des parties molles, comme pour un lupus (« exkochleation ») et repos.

3° Une fois un bon tissu de granulation obtenu, recouvrir la plaie par greffes petites ou de Thiersch deux fois par semaine ou par implantations (méthode de Braun).

Rappel des pansements à la colle de zinc ou aux emplâtres sous bande de marche.

A. Touraine.

E. July. — **Sur le traitement des ulcères variqueux et des ulcères post-phlébitiques** *Le Bulletin Médical*, année **59**, n° 23, 11 octobre 1945.

Deux grandes causes d'ulcères de jambe : les varices où le traitement sclérosant réussit toujours et se suffit à lui seul; les phlébites où le traitement d'assez longue durée consiste à faire rétrocéder les phlébites par la bande élastique et les vasodilatateurs périphériques et à scléroser les varices (antérieures ou postérieures à l'apparition de la phlébite) dans les cas mixtes où les deux causes se surajoutent.

H. Rabeau.

M. Anderson, N. Barker et T. Sheldon (Rochester). — **La poudre de sang humain dans le traitement des ulcères des membres avec troubles vasculaires. Son expérimentation clinique** (A clinical evaluation of powdered human blood cells in the tratement ulcers of the extremitis associated with vascular disorders). *American Heart Journal*, t. **32**, n° 6, décembre 1946, pp. 754-769, 6 figures, 5 tableaux. Bibliographie.

Le sang humain en gelée ou en poudre a déjà été utilisé avec succès par les dentistes après avulsion dentaire, par Seldon, Lundy et Essex (1942) pour accélérer chez le lapin le bourgeonnement de tissu vasculaire et conjonctif. Naide (1943) a eu 11 bons résultats sur 15 en pensant des ulcères cutanés avec du sang pris au coude; dans le même but, Moorhead et Unger (1943) ont utilisé la masse gélatineuse du sang dont on a retiré le plasma, la suppuration décroît et le bourgeonnement s'accélère.

Les A. ont traité à la Clinique Mayo, par la poudre de sang, 46 ulcères dont 29 avec insuffisance artérielle et 17 avec troubles veineux, tous chargés de microbes variés (observations résumées en tableaux). Ils ont l'impression que la guérison a été nettement accélérée dans environ la moitié des cas, sans qu'ils puissent préciser le mécanisme de l'amélioration. Les plaies doivent être bien débarrassées de leurs croûtes et pansées chaque jour; les premiers pansements peuvent augmenter légèrement les douleurs quand il en existe.

A. Touraine.

E. J. Orbach. — **Emploi d'une pâte sang-kaolin-pénicilline dans le traitement des varices et des ulcères torpides de jambe.** *American Journal of Surgery*, t. **71**, n° 2, février 1946, pp. 253-255.

Composition de cette pâte : le sang du malade est mélangé à parties égales avec 5 centimètres cubes de kaolin et avec o cm³ 5 d'une solution de pénicilline renfermant 5.000 U. par centimètre cube.

19 cas de varices et d'ulcères variqueux avec ou sans eczéma chronique ont été traités ; échec dans 2 cas seulement, habituellement activation nette du bourgeon-

nement, de l'épithélisation, réduction de l'infection, sédation de l'irritation. Par contre, aggravation de l'eczéma variqueux.

Ce traitement ne dispense pas des autres méthodes thérapeutiques.

A. Touraine.

R. Nomland et E. G. Wallace. — **La pénicilline dans les ulcères de jambe traités par greffes** (Penicillin for ulcers of leg treated by purch grafts). *J. A. M. A.*, t. **130**, n° 9, 2 mars 1946, p. 563.

L'A. rappelle d'abord que Ringrose, en 1943, a montré les heureux résultats obtenus par ce type de greffes dans les ulcères de jambe (80 o/o des cas) avec un échec inexpliqué dans 10 o/o des cas. Les cultures montrent à la surface de l'ulcère des microorganismes divers mais deux d'entre eux paraissent devoir être en cause (streptocoque hémolytique β et staphylocoque doré hémolytique). La présence d'un seul d'entre eux n'entrave pas le succès des greffes, mais la présence des deux à la fois s'accompagne d'un insuccès total.

Pour remédier à cette infection les A. employèrent les sulfamides (sulfathiazol) *per os* pendant les 3 jours qui précédèrent l'application des greffes, avec de bons résultats malgré certaines intolérances. Avec la pénicilline les résultats parurent d'emblée excellents (Hirschfeld, Lam et McCluse).

Technique : pendant 4 à 9 jours pansements humides avec une solution mi-saturée d'acide borique renouvelés toutes les 24 heures. Lorsque les lésions sont bien nettoyées, une nouvelle culture montre néanmoins les deux microorganismes en cause. Pendant 24 à 48 heures, pénicilline par voie intramusculaire (15.000 U. O. toutes les 3 heures). Après ce traitement, souvent les microbes en cause ont disparu. On pratique alors les greffes et on continue la pénicilline pendant 24 à 64 heures.

Les résultats seraient particulièrement remarquables dans les larges ulcères de jambe, en combinant ces deux méthodes.

L. Golé.

W. T. E. Blackmore (Abergavenney). — **Pénicilline dans les ulcères variqueux** (Varicose ulcers and Penicillin). *British Medical Journal*, 28 septembre 1946, p. 480.

L'A. a traité 32 ulcères variqueux à germes pénicillo-sensibles. Après nettoyage au sérum physiologique, une crème (dosée à 330.000 U. pour 100 grammes) est étendue sur de la gaze et appliquée sur l'ulcère; puis la jambe, du pied au genou, est fermement bandée avec un pansement type Unna, un deuxième pansement de gaze enveloppe le tout. Ces pansements sont renouvelés tous les huit jours, en recommandant au malade de vaquer à ses occupations habituelles; la moyenne du traitement est de deux mois (sept à huit applications) un seul cas nécessita 12 pansements mais l'ulcère avait 50 millimètres sur 64 millimètres.

M. Mansour.

Ferond. — **Ulcères variqueux infectés et pénicilline**. *Soc. belge de Derm. et de Syph.*, séance du 10 février 1946, in *Le Scalpel*, n° 9, 30 mars 1946, p. 156.

L'auteur n'a observé aucun résultat sur les dermo-épidermites des ulcères variqueux avec les onguents à base de pénicilline. Ces préparations, d'après plusieurs membres de la société ne contiennent aucune trace de pénicilline et peuvent, par contre, provoquer des toxicodermies.

L. Golé.

N. Seshadrinathan (Madras). — **Ulcère tropical** (Tropical Ulcer). *Indian medical Gazette*, juillet 1945.

98 cas (28 de 7 à 15 ans, 39 de 15 à 30, 14 de 30 à 50, 9 après 50) dont 88 hommes.

62 siégeaient au pied, 32 à la jambe, 1 au coude. Dimensions de 1 à 10 centimè-

tres, presque toujours moins de 3 centimètres. Dans 12 cas sur 84, inflammation périphérique et forte adénopathie.

Traitement : solution de lysol à 1 : 40 sans résultat. S. recommande une solution de sulfate de cuivre à 5 o/o.

Étiologie : toujours présence du bacille fusiforme avec, quelquefois, sa forme mobile.

A. Touraine.

J. G. Webb. — **Ulcère tropical et pénicilline** (Tropical Ulcer and Penicillin). *British Medical Journal*, 13 juillet 1946, p. 48.

L'A. qui était de la Mission Militaire Britannique en Chine, après un bref exposé étiologique, un autre pathogénique et la description clinique, fait un exposé thérapeutique jusqu'en mai 1945 : 2 applications par jour avec la pâte au sulfate de magnésie et 0 gr. 6 de néo-arsphénamine.

En mai 1945, ayant obtenu de la pénicilline, il l'utilise 2 fois par jour en pansements humides; solution titrée à 500 U. O. par centicube diluée dans de l'eau stérile ou du sérum physiologique. Dans les cas graves, il associe 90.000 U. en intramusculaires à raison de 15.000 par injection toutes les trois heures.

La cicatrisation étant amorcée, le traitement s'apparente alors avec celui des ulcères variqueux.

En conclusion, les ulcères tropicaux de la Chine du Sud décrits par l'A. sont dus au bacille fusiforme et la pénicilline a une action puissante sur la disparition de la douleur et empêche les séquelles fonctionnelles.

M. Mansour.

6v. — *Gangrènes.*

MM. J. Gaté, H. Thiers et J. Gallet. — **Les gangrènes cutanées en plaques superficielles et habituellement curables des membres inférieurs (capillarites nécrotiques).** *Journal de Médecine de Lyon*, 20 juillet 1945.

— Les gangrènes cutanées en plaques superficielles et habituellement curables des membres inférieurs représentent un syndrome dont l'autonomie est indiscutable.

— Plus fréquentes qu'on ne le pense, si leur symptomatologie est bien établie, leur pathogénie et leur étiologie restent encore incertaines.

— Maladie de l'anse capillaire artérielle ou veineuse, elles frappent des sujets âgés, des femmes principalement.

— D'évolution très longue, la mort étant exceptionnelle, elles récidivent fréquemment et laissent des séquelles souvent importantes.

— La thérapeutique mal précisée est souvent décevante et n'agit que très imparfaitement sur la cicatrisation qui reste toujours très lente.

J. Gaté.

N. Melczer. — **Aspect clinique et étiologie de la gangrène consécutive à diverses inflammations du tégument** (Zur Klinik und Ætiologie der gangränösen Umwandlung verschiedener Hautentzündungen). *Act. Derm. Vener.*, vol. **25**, fasc. 4, février 1945, pp. 350-359, 7 figures. Bibliographie.

Ces gangrènes, qui comprennent, entre autres, ce qu'on appelle en France le phagédénisme secondaire, et les processus gangréneux consécutifs à des traumatismes et à des infections banales, et dans lesquelles on ne peut mettre en évidence aucun des microbes ordinaires de la gangrène (streptocoque, bacille de Milian, association fuso-spirillaire) seraient dus à un virus filtrant.

M. apporte 5 nouvelles observations, dans lesquelles il a, en colorant ses frottis au bleu Victoria, mis en évidence des anses granulatives élémentaires dans lesquelles il voit « le virus du phagédénisme », qui d'ailleurs doit se combiner à de nombreuses bactéries et constituer une « symbiose viro-bactérienne ». Le virus seul lui paraît incapable de déclencher la gangrène. Ces 5 nouveaux cas confirment les résultats de ses recherches antérieures à ce sujet.

A. Civatte.

Magendie, Tingaud et Labarre. — **Sur un cas de gangrène intensive post-opératoire de la peau, autour d'une pleurotomie.** *La Presse Médicale*, année **54**, n° 17, 13 avril 1946, p. 232.

Chez une femme de 42 ans, à état général relativement bon, qui a subi à quelques jours d'intervalle, plusieurs ponctions avec un gros trocart, dans des tissus enflammés, après infiltration novocaïnique, apparition d'une gangrène cutanée extensive. La plaque, à bord surélevé d'un centimètre, de couleur rouge brique, mesurait 13 centimètres-8 centimètres, son fond était parsemé de petits abcès. Le pus contenait streptocoque et pneumocoque. La thérapeutique par les sulfamides et l'iode échoue. L'excision large de la plaque amène une amélioration très passagère. La radiothérapie (5 séances) à faible dose (302) arrête le processus, amène la guérison en quelques semaines.

H. Rabeau.

H. Vincent. — **Remarques sur l'étiologie, la pathogénie et l'agent pathogène, « Bacillus fusiformis », de l'ulcère phagédénique.** *Bulletin de l'Académie de Médecine*, année **109**, 3e série, t. **129**, nos 30, 31 et 32. Séance du 9 octobre 1945, pp. 545-548.

L'agent pathogène de l'ulcère phagédénique (pourriture d'hôpital ou diphtérie des plaies) est un bacille spécial, *Bacillus fusiformis*, pullulant à l'état pur dans les couches profondes de l'ulcère et associé généralement, dans les parties superficielles du putrilage gangréneux, à d'autres microbes pathogènes, staphylocoques, streptocoques, bacillus coli, bacille pyocyanique, proteus vulgaris, bacille de Friedlander, etc.

Ce bacille est habituellement, mais non toujours, immobile. Il est cultivable surtout dans les milieux organiques et y dégage une odeur fétide caractéristique. Il est habituellement, mais non toujours, associé à un spirochète particulier, le *Spirochœta Vincenti*, que l'on trouve d'une manière presque constante dans l'angine ulcéro-membraneuse à bacilles fusiformes.

L'étiologie de l'ulcère phagédénique relève en conséquence de la germination massive du *Bacillus fusiformis*, en association variable avec divers microbes, particulièrement avec le *Spirochœta Vincenti*.

Sa production est favorisée par des *conditions générales*, telles que la misère physiologique, l'insuffisance alimentaire, les avitaminoses, la fatigue, les infections concomitantes (tuberculose, etc.) et par des *conditions locales*, telles que traumatismes, malpropreté, etc.

La guérison s'obtient habituellement en deux ou trois semaines par la détersion minutieuse de la plaie avec des tampons imprégnés d'eau physiologique iodée, suivie de l'application d'une poudre antiseptique composée d'hypochlorite de chaux desséché (1 partie) et d'acide borique desséché (9 parties). Sous l'influence de ce traitement la plaie prend généralement en 3 ou 4 jours un aspect normal et la guérison survient.

Lucien Périn.

S. Clerc. — **Thérapeutique nouvelle de l'ulcère phagédénique.** *Réunion médico-chirurgicale de Dakar*, 14 février 1946, in *Maroc médical*, année **25**, n° 262, octobre-novembre 1946, p. 18.

Au cas de phagédénisme et d'ulcère secondaire, l'A. confirme les succès obtenus par Ouary et Moreau (1944) avec la pénicilline. Il emploie aussi, avec de bons résultats, les injections intra-artérielles de sulfamides (tous des deux jours, 10 centimètres cubes d'une solution à 6 o/o de soluseptazine ou 10 centimètres cubes d'une solution à 8,3 o/o de sulfathiazol). Aussitôt après l'injection, on pose un garrot pendant 15 minutes. Le nettoyage de l'ulcère est généralement obtenu en 6 jours.

Les greffes ne seront utilisées que si l'ulcère est ancien et large; sinon on activera la cicatrisation par des pansements à l'huile de requin ou les infiltrations péri-sympathiques de 10 centimètres cubes de novocaïne à 1 o/o.

A. Touraine.

E. Benhamou, Nouchi et Sebbah. — **Noma et pénicilline.** *Société médicale des hôpitaux d'Alger*, 15 mars 1946.

Dans 5 cas de nomas secondaires à la rougeole ou à la fièvre typhoïde, guérison par injections intramusculaires de 10 à 20.000 U. toutes les 2 ou 3 heures (au total : 100 à 200.000 U.) et pansements avec une solution à 500 U. par centimètre cube. Les bacilles fusiformes ont disparu en deux jours, permettant une guérison rapide.

A. Touraine.

J. M. Vaizey. — **Noma traité par la pénicilline** (Noma treated with penicillin). *British Medical Journal*, 6 juillet 1946, p. 14.

3 cas observés en Éthiopie traités par : 1° 200.000 U. par jour pendant cinq jours; 2° 100.000 U. pendant 3 jours; 3° 100.000 U. pendant 4 jours. Guérison, pas de rechutes.

Mansour.

7a. — *Dyschromies.*

Louis Ramond. — **Les différents aspects de la pigmentation argyrique.** *Bulletin de l'Académie de Médecine*, année **110**, 3e série, t. **130**, nos 15, 16 et 17, séance du 30 avril 1946, pp. 275-277.

Depuis que s'est vulgarisé l'emploi des préparations argentiques comme agents thérapeutiques, les cas d'intoxication chronique par l'argent — ou *argyrie* — sont devenus d'une relative fréquence. On sait que le signe capital de l'argyrie est une pigmentation de la peau et des muqueuses en rapport avec leur imprégnation par l'argent. Cette pigmentation prédomine sur les parties du corps exposées à la lumière, c'est-à-dire le visage et les mains, mais sa teinte varie selon la nature du produit employé.

L'auteur distingue à cet égard trois variétés de pigmentation argentique :

1° une pigmentation tirant sur le *noir*, due à l'administration d'argent colloïdal (collargol, électrargol) ou de sels organiques d'argent (protargol, argyrol) qui sont tous noirs; suivant son intensité la coloration est gris sale plus ou moins foncé, ou brunâtre à reflets métalliques rappelant l'aspect du graphite. Les sujets qui en sont atteints semblent avoir été passés à la mine de plomb ou être comme patinés; leur aspect bronzé évoque parfois l'idée de maladie d'Addison;

2° une pigmentation tirant sur le *bleu*, secondaire à l'ingestion prolongée de pilules de nitrate d'argent ainsi qu'il était autrefois d'usage de traiter les tabétiques. Ce sel d'argent qui est blanc, déposé dans le derme ou le chorion muqueux, vire sous l'influence des rayons lumineux et donne aux téguments une teinte variant du gris sale, couleur de suie, au bleu gris d'acier avec reflets irisés et

changeants, parfois gorge de pigeon. C'est la pigmentation classique des argyriques, observée et décrite classiquement par Charcot;

3° une pigmentation *mixte*, tirant à la fois sur le noir et sur le bleu, résultant de l'absorption de produits noirs et de sels blancs d'argent. L'auteur relate un cas de ce genre qu'il a observé chez une fillette de 8 ans atteinte d'une pigmentation spéciale où une teinte bleu violacée, cyanotique, rappelant la maladie bleue, se superposait à une mélanodermie bronzée de type addisonien. Cette pigmentation, survenue depuis l'âge de 2 ans et ne s'accompagnant d'aucun trouble de l'état général, était due à des instillations nasales répétées de gouttes d'une solution d'argyrol à 5 o/o (sel noir) et d'une solution d'iodure d'argent colloïdal à 5 o/o (sel blanc) alternées chaque jour matin et soir en vue de prémunir l'enfant contre les infections rhino-pharyngées. Ces gouttes, considérées comme inoffensives, étaient mises « au jugé » à la dose d'un demi compte-gouttes par narine chaque fois, ce qui représentait une quantité d'argent de 3 grammes par mois, soit 36 grammes par an, absorbée par la fillette depuis sa naissance.

Ces faits montrent le danger des thérapeutiques intempestives par les médicaments renfermant de l'argent, auxquels on attribue à tort une réputation d'innocuité et qui sont trop souvent employés sans contrôle. L'argyrie peut s'observer quel que soit l'état chimique sous lequel l'argent est absorbé ou son mode d'introduction (ingestion, lavement, injection sous-cutanée, intramusculaire ou intraveineuse, teinture capillaire, cautérisation locale, etc.), dans les cas où il est administré à doses trop fortes ou trop longtemps répétées. A défaut d'intoxication véritable, la dermatose inesthétique et définitive qui en résulte fait des sujets qui en sont porteurs un objet de surprise ou de curiosité qui ne manque pas d'exercer sur leur psychisme une répercussion fâcheuse.

L'auteur conclut avec raison que puisqu'il n'est pas possible de guérir l'argyrie, le mieux est de l'éviter en n'administrant les médicaments à base d'argent qu'avec une grande prudence, toujours à faibles doses et pendant un court laps de temps.

LUCIEN PÉRIN.

L. DUGUING. — **Les fistules congénitales de la racine de l'hélix (Considérations cliniques et embryologiques).** *L'oto-rhino-laryngologie internationale*, Lyon, année **33**, t. **29**, n° 6, juin 1945, pp. 133-139.

L'A. attire l'attention sur la fréquence du lentigo au niveau de ces fistules et se demande si certaines pigmentations cutanées ne siègent pas particulièrement sur des régions riches en fistules congénitales. Une dysembryoplasie mésenchymateuse commune pourrait expliquer cette corrélation. A. TOURAINE.

A. C. ROXBURGH. — **Pigmentation en taches et points** (Patchy punctate pigmentation). *Proceedings of the Royal Society of Medicine*, t. **39**, n° 3, juin 1946, pp. 479-480, 1 figure (*Section of Dermatology*, 21 février 1946).

♀ de 22 ans. Depuis l'été 1943, 5 poussées de taches érythémateuses rappelant des ecchymoses et laissant des taches brunes, squameuses, sur les fesses, les épaules, le front, le dos, les bras. Les lésions histologiques, étudiées par Freudenthal, sont celles d'une capillarite papillaire, avec forte mélanogenèse dans la couche basale et sans dépôts ferrugineux. A. TOURAINE.

L. RIMBAUD, P. BETOULIÈRES, P. PASSOUANT et G. VALLAT. — **Ostéose fibro-kystique avec pigmentation cutanée.** *Soc. des Sciences médicales de Montpellier*, mars 1946, in *France Médicale*, année **9**, n° 5, mai 1946, p. 15.

Images radiologiques fibro-kystiques du type maladie osseuse de Recklinghausen dans presque tous les cas, arthrose du coude gauche, quelques fractures. Plaques de pigmentation cutanée. Nodules fibro-lipomateux de la paume de la main et du bras. Cholestérolémie de 2 gr. 05.

Discussion de la xanthomatose osseuse et du syndrome d'Albright.

A. TOURAINE.

R. Barthélemy. — **Pigmentations faciales.** *Le Concours Médical*, année **68**, n° 41, 12 octobre 1946, pp. 1148-1150.

Commode revue générale des principales pigmentations de la face par produits de beauté, insolation, pommades soufrées, arsenic, etc. Rappel de la séborrhée nigricante, du chloasma, de la poïkilodermie, des états précancéreux, etc. Mention des moyens les plus usuels de protection de la peau. A. Touraine.

Joulia, Le Coulant et L'Épée. — **La mélanose de Riehl.** *Soc. de Méd. du Travail*, séance du 14 juin 1946. *Bull. in Arch. des Mal. Prof.*, t. **7**, n° 3, 1946, p. 225.

Les A. étudient les trois affections : mélanose de Riehl, bouton d'huile, mélanodermie d'Hoffmann-Habermann.

La première aboutit à l'état bigarré, semi-cicatriciel, décrit par Civatte sous le nom de poïkilodermie réticulée pigmentaire du visage et du cou, syndrome qui peut avoir d'autres origines. Elle relève de troubles avitamino-endocriniens par déficit cortico-surrénal, hyperparathyroïdie, déséquilibre ovarien et thyroïdien, et par carence de vitamine C et souvent B. Ce n'est pas une maladie professionnelle mais une mélanose de carence.

Le bouton d'huile, en dehors des effets des produits de beauté, est une maladie professionnelle par huiles de graissage, acnés des goudrons et du chlore.

La dermite d'Hoffman relèverait de cette double étiologie avec sa pigmentation par facteurs internes (carence, déséquilibre alimentaire et endocrinien), avec folliculites par facteurs externes : lorsque l'ouvrier fondeur est atteint à son travail, les folliculites disparaissent rapidement, la pigmentation persiste.

De même pour la mélanose des tourneurs d'obus. Ces deux affections sont partiellement d'origine professionnelle. Par contre, la mélanodermie des hydrocarbures et des goudrons paraît aux A. devoir être mise en doute.

Barthélemy.

P. L'Épée (Bordeaux). — **La mélanose de Riehl.** *Thèse*, Bordeaux, 1946, Delmas édit., 91 pages, nombreux tableaux, longue bibliographie.

De l'étude de 95 cas avec examen chimique du sang ou des urines (10 observations cliniques rapportées avec quelque détail) l'A. retrace la description de la mélanose de Riehl qui peut évoluer vers l'atrophie cicatricielle réticulée de la poïkilodermie de Civatte. Il souligne la coexistence de troubles dysendocriniens, des signes d'avitaminose (C presque constante, B fréquente, PP normale) « L'avitaminose C et l'insuffisance cortico-surrénale qu'elle provoque sont les faits dominants ». Cette pathogénie est confirmée par la libération de l'histamine, l'élévation du cuivre et du soufre sanguin, les troubles digestifs. « La mélanose de Riehl relève donc des deux seuls facteurs internes avitamino-dysendocriniens ». La mélanodermie pure des hydrocarbures et des goudrons n'existe pas pour L'Épée et, dans la mélanodermite d'Hoffmann et Habermann, les produits industriels ou de beauté ne font que se surajouter aux facteurs internes. « La mélanose de Riehl n'est jamais de nature professionnelle ». Le traitement de choix est donc la vitamine C et l'hormone cortico-surrénale. Le rôle de l'hypophyse paraît nul. A. Touraine.

H. Storck (Zürich). — **Sur la mélanose de Riehl** (Ueber Riehl'sche Melanose). *Dermatologica*, vol. **92**, n° 5-6, 1946, pp. 246-258, 6 figures. Bibliographie.

Storck rappelle d'abord l'historique et les conceptions pathogéniques de la mélanose de Riehl et de la dermatite de Hoffmann et Habermann. Il résume ensuite 4 observations personnelles de mélanose de Riehl (sans contact antérieur avec des dérivés du goudron, mais dont au moins un manipulait des couleurs dissoutes dans le benzol) et 2 de mélanodermite de Hoffmann et Habermann (après contacts

avec des huiles de graissage). Il s'étonne, à ce sujet que, jusqu'à présent, aucun auteur ait pris la peine de s'enquérir de l'action possible des pommades, savons, crèmes, etc. [On ne s'en est pourtant pas fait faute avant Storck, *An.*].

De ses recherches histologiques et étiologiques, l'A. conclut que les causes et la pathogénie de la mélanose de Riehl ne sont pas encore élucidées.

A. Touraine.

M. Bolgert. — **Remarques cliniques et étiologiques concernant la mélanose de Riehl. Rôle des troubles intestinaux.** *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, t. **62**, n° 13-14, séance du 12 avril 1946, pp. 232-234.

Sur 39 cas personnels, l'auteur confirme la notion classique de la prédominance féminine (37 femmes contre 2 hommes) et à l'âge moyen de la vie.

Assez fréquent est le prurit, souvent associé à un érythème, non seulement au début mais durant toute l'évolution.

L'intensité et la ténacité de la mélanose sont variables et changent parfois brusquement, augmentant sous l'influence de la fatigue et des émotions.

Il n'y a pas lieu de séparer comme des maladies différentes la maladie de Riehl due aux privations, aux ersatz alimentaires, et la mélanodermie toxique lichénoïde d'Hoffmann et d'Habermann, due au contact d'huiles et de goudrons de mauvaise qualité. Ces deux syndromes sont extrêmement voisins, leur étiologie est semblable, M. Bolgert les considère toutes deux comme des mélanoses de Riehl d'origine soit interne, soit externe.

Sur 37 cas où le début a pu être précisé, 2 seulement remontent à 1940 et 3 sont antérieurs à cette date.

Quant aux facteurs professionnels (contact avec les huiles) il n'existe que pour 3 cas, dont les deux hommes et encore son importance y est-elle discutable; l'influence des shampooings actuels (Touraine) existait peut-être dans 4 cas, mais à titre très accessoire.

Bolgert ne croit guère à l'influence des avitaminoses PP et C. Le résultat des traitements vitaminiques correspondants lui a paru très discutable et minime. Il ne croit guère non plus au rôle de la sous-alimentation globale. Beaucoup de ces malades avaient eu un régime quantitativement suffisant.

Beaucoup plus séduisante selon Bolgert paraît l'hypothèse selon laquelle il y aurait à l'origine de la mélanose de Riehl une alimentation déséquilibrée, trop riche en cellulose et en hydrates de carbone.

Les troubles digestifs sont fréquents (29 cas sur 39, dont 23 côlites par fermentations). De fait le traitement de la côlite, après échec et à l'exclusion d'autres thérapeutiques, donne à Bolgert des succès dans une proportion de cas assez élevée. Quelques-uns des autres traitements plus ou moins empiriques utilisés jusqu'ici contre la mélanose de Riehl, et dont certains par la vitamine PP ou le stovarsol, agissent peut-être en modifiant la flore intestinale et l'intensité de la mélanose.

En conclusion, Bolgert propose pour la mélanose de Riehl la pathogénie suivante : affection provoquée par un déséquilibre alimentaire, fréquent à l'époque actuelle, mais qui ne lui est pas propre. La flore anormale de l'intestin produit des substances pathologiques (H^2S ? carbures d'hydrogène ?) qui, résorbés par l'intestin et passant dans la circulation sanguine, provoqueraient la pigmentation, par un double processus directement cutané et indirectement hypophysaire.

Un trouble fonctionnel du diencéphale, trouble également toxique, expliquerait peut-être les petits troubles psychiques de ces sujets; l'influence provocatrice ou aggravante des émotions pourrait relever des relations diencéphalo-hypophysaires, et d'une augmentation consécutive de la sécrétion d'hormone mélanotrope.

F. Coste.

M. Bolgert. — **Terrain endocrinien dans la mélanose de Riehl. Rôle de l'hormone mélanotrope.** *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, t. **62**, n° 13-14, séance du 12 avril 1946, pp. 234-236.

Le rôle de l'insuffisance surrénale paraît à rejeter pour de multiples raisons.

Celui d'une influence ovarienne également, malgré les troubles psychiques et le rôle parfois admis d'une hyperthyroïdie (à laquelle de Graciansky attribue l'augmentation du Cu sanguin constaté chez ses malades). Bolgert n'en admet guère la vraisemblance; peut-être en revanche l'hypothyroïdie joue-t-elle quelque rôle, mais Bolgert s'est surtout intéressé au fonctionnement hypophysaire dont on n'a guère parlé jusqu'ici.

Le dosage de l'hormone mélanotrope dans l'urine lui a montré une augmentation franchement pathologique. 18 fois sur 29, sans d'ailleurs qu'on relève une proportionnalité entre le degré de cette augmentation et celui de la pigmentation.

Par contre, Bolgert n'a jamais trouvé de chiffre élevé chez des malades guéries. Si l'hormone mélanotrope a été assez étudiée par les physiologistes, elle a donné lieu à très peu de travaux cliniques. On la trouve dans l'urine des femmes enceintes (explication du chloasma ?) et dans d'autres circonstances. F. Coste.

Olivetti (Milan). — **Un cas de mélanose** (Un caso di melanosi). *Giornale italiano di Dermatologia e Sifiligrafia*, vol. **84**, fasc. IV, août 1946, pp. 452 à 472, 8 figures. Bibliographie.

L'A. décrit un cas de mélanose chez une femme qui avait eu contact avec de la poudre de riz des fards et de l'huile minérale et chez laquelle la pigmentation était circonscrite surtout aux parties découvertes mais chez laquelle il existait aussi de petites plaques pigmentées, même sur des parties couvertes (cuisse gauche). Au visage des parties les plus fortement atteintes par la dermatose étaient les pommettes, les régions temporales la pointe du nez et la partie antérieure du pavillon des oreilles; dans ces zones la teinte était uniforme et de couleur brun chocolat. Dans les autres régions, la pigmentation était moins intense et moins uniforme. Au niveau des avant-bras et des mains, il existait de la kératose pilaire qui était plus accentuée au niveau des premières phalanges. D'une manière générale, la peau, aussi bien au visage que dans les autres zones atteintes, ne présentait ni infiltrations, ni succulance, ni télangiectasies, et on ne constatait pas une abondance particulière de comédons.

L'A. en raison des caractéristiques cliniques et histologiques est d'avis que son cas se rapproche plus de la mélanose de Riehl que de la mélanodermite de Hoffmann (rappelons que la mélanodermite de Hoffmann ne se manifeste que sur les parties découvertes et qu'elle est due d'après cet auteur uniquement à des causes externes tandis que la mélanose de Riehl peut apparaître sur les parties couvertes et qu'on l'attribue plutôt à des influences internes). Mais Olivetti fait observer qu'il est souvent difficile de différencier les deux dermatoses qui très probablement font partie d'un unique syndrome présentant d'un cas à l'autre des caractères cliniques qui ne sont pas complètement superposables.

En ce qui concerne la pathogénie, Olivetti est d'avis que, dans la mélanose de Riehl il n'est pas possible d'exclure l'action de facteurs irritatifs externes et que en particulier dans le cas étudié il existe des rapports de cause à effet entre l'apparition de la pigmentation et les substances chimiques avec lesquelles la patiente s'était trouvée en contact.

Il admet cependant que, pour l'apparition de la dermatose d'autres facteurs d'origine endogène doivent indubitablement intervenir, parce que autrement on ne pourrait pas s'expliquer son apparition seulement chez certains sujets, parmi les très nombreux sujets qui sont exposés aux mêmes influences toxiques. En parti-

culier, dans le cas décrit, il semble, bien que ce ne soit pas évident, un trouble fonctionnel aux dépens des capsules surrénales et des ovaires.

BELGODÈRE.

7b. — *Dégénérescences.*

Ch. BERLIN (Tel-Aviv). — **Dégénérescence colloïdale solaire de la peau; purpura solaire. Considérations étiologiques et cliniques** (Degeneratio colloidalis cutis solaris ; purpura solaris. Etiologic and clinical considerations). *The British Journal of Dermatology and Syphilology*, t. **58**, nº 11-12, novembre-décembre 1946, pp. 274-279. Bibliographie.

Le milium colloïde de Wagner (1866) est plus fréquent qu'on ne le pense. L'A. croit pouvoir ajouter quelques particularités à sa description clinique et rapporter sa cause à l'action du soleil.

Atteinte égale des deux sexes, surtout à l'âge adulte avancé, mais parfois de 10 à 20 ans (chez 2 frères de 9 ans dans un cas de Bosellini). Tous les malades de Berlin avaient une peau fine, des cheveux blonds, des yeux bleus. La plupart, des paysans, présentaient en même temps, des lucites. L'éruption affectait toujours les régions découvertes.

A côté des lésions classiques, en petites papules groupées, semi-transparentes, jaunâtres, Berlin décrit une forme en plaques bien ou mal limitées, d'aspect velouté, pas toujours jaunâtres; souvent brunes comme des éphélides. Cette forme maculeuse est fréquente, de durée indéfinie et peut laisser du purpura. A côté de ce « type abortif » il existe des cas où la peau est épaisse, rugueuse, irrégulièrement semée de saillies et de dépressions, comme de la peau d'orange ou de citron.

Histologiquement, l'épiderme est mince (3 ou 4 assises cellulaires, sans filaments d'union). Sous une légère bande de tissu conjonctif sous-papillaire, les lésions caractéristiques du chorion consistent en masses colloïdes homogènes, colorées en jaune par le Van Gieson, qui pénètrent quelquefois dans l'épiderme.

Les lésions peuvent disparaître spontanément; elles sont en général de durée indéfinie. Parfois léger prurit; pas de troubles généraux. Cependant la peau y est fragile et expose à des excoriations et surtout à des hémorragies (purpura solaire) sur lesquelles Berlin insiste en rappelant des travaux antérieurs; ce purpura peut être déterminé par un coup d'ongle (en 15 à 20 secondes).

On croit souvent à une carence en vitamine C; mais la vitaminothérapie reste inopérante. Berlin admet plutôt l'influence des rayons solaires et remarque la fréquente association du milium colloïde avec d'autres lucites (pigmentation, télangiectasies, peau losangique, « farmer's skin », etc.). Les rapports avec les glandes sébacées ne sont pas démontrés; aussi Berlin préfère-t-il le nom de dégénérescence colloïde de Besnier et Balzer à celui de milium colloïde de Wagner.

A. TOURAINE.

Mario ARTOM et Humberto CERRUTI — **Sur un cas de dystrophie collagène lichénoïde** (Sobre un caso de distrofia colagenia liquenoide). *Arquivos de Dermatologia e Sifiligrafia de Sao Paulo*, vol. **9**, nº 4, décembre 1945, pp. 99-114, 8 figures.

Un sujet de 30 ans présente une dermatose caractérisée par des éléments miliaires, isolés, très nombreux, particulièrement abondants sur la partie antérieure du thorax, de couleur blanche, mais n'offrant pas les caractères cliniques des atrophodermies. La plupart sont dispersées, mais en diverses régions certains se réunissent, réalisant des figures en relief d'un blanc d'ivoire et de formes très différentes, nettement détachées sur la peau brune du malade. Leur surface est lisse ou légèrement rugueuse ; les poils sont conservés.

L'examen histologique montre que le substratum pathologique est un processus

proliférant de fibres collagènes sans la moindre trace d'altération dégénérative. Elles apparaissent larges et tortueuses. Le derme papillaire est atrophié par suite de l'intense prolifération du tissu conjonctif qui s'étend de l'hypoderme au derme papillaire. Les annexes cutanées (poils et glandules sudoripares) sont conservées sans le moindre signe de péri-glandulite. Les fibres élastiques sont normales.

Les auteurs discutent le diagnostic différentiel. Ils passent successivement en revue les atrophodermies et plus particulièrement les anétodermies, le pseudoxanthome élastique dans sa forme papuleuse, la sclérodermie en goutte, le lichen atrophique scléreux et les formes similaires. Le cas observé ne peut être rattaché à aucun de ces groupes de faits. En revanche ses caractéristiques cliniques et histo-pathologiques présentent des points de contact avec la dystrophie albo-papuloïde de l'épidermolyse bulleuse, sans que ce dernier diagnostic puisse être porté par suite de l'absence des signes essentiels de cette affection.

Les recherches bibliographiques n'ont permis de retrouver qu'un cas semblable. Il a été apporté par Tornabuoni au Congrès italien de Dermatologie de 1930 et publié dans le journal italien de Dermatologie de la même année à la page 1347.

Les auteurs concluent en soulignant l'importance des dystrophies des fibres collagènes en dermatologie et indiquent la nécessité de recherches ultérieures pour aboutir à une classification exacte des lésions. J. Margarot.

G. Duckworth et M. Grossmann. — **Calcinose circonscrite** (Calcinosis circumscripta). *Proceedings of the Royal Society of Medicin (Section of Dermatology*, 18 avril 1946), t. **39**, n° 4, septembre 1946, pp. 684-685, 3 figures.

Femme de 50 ans. A 35 ans, syndrome de Raynaud. Plus tard, « rhumatisme » dans les genoux. A 48 ans, calcinose de la pulpe des doigts. Sang normal : calcium 111 milligrammes, phosphore 45, acide urique 35. Ménopause à 44 ans. Dépôts constitués par du carbonate et du phosphate de chaux. Belles radiographies.

Rappel d'un cas de calcinose des mains chez une femme de 56 ans, atteinte de syringomyélie avec panaris de Morvan, ostéoporose et ostéo-arthrite.

A. Touraine.

7c. — *Atrophies.*

M. Goldzieher. — **Œstrogènes et peau senile.** *Journal of Gerontology*, t. **1**, n° 2, 1re partie, avril 1946, pp. 196-201.

Sur 8 femmes âgées, 2 reçoivent des frictions pendant 5 minutes, sur les mollets et les avant-bras, avec une pommade à l'œstradiol (10.000 U. par once), 3 autres des frictions avec une pommade au diéthylstilbestrol (1 milligramme par once), 3 autres n'ont, comme témoins, que des frictions avec l'excipient.

Sur biopsies successives on constate une nouvelle prolifération des couches épidermiques antérieurement atrophiées et une régénérescence des fibres élastiques du derme. A. Touraine.

Fr. Kogoj. — **Cutis rhomboidalis Nuchæ.** *Acta Dermato-Venereologica*, vol. **21**, fasc. 5, août 1940, pp. 631 à 641, 1 fig. Courte bibliographie.

Étude très poussée de cette altération cutanée avec une description histologique précise et une figure très claire.

On en peut conclure que cette lésion du tégument, due principalement à l'action des rayons ultra-violets, n'est qu'un cas particulier de ce que nous appelons en France les altérations séniles ou préséniles de la peau; et la distinction un peu subtile que K. indique entre la *c. r. n.* et l'atrophie sénile, d'une part, et la « maladie des marins », d'autre part, ne signifie pas, semble-t-il, qu'il faille voir là des affections très différentes (*An.*).

A. Civatte.

E. Rist. — **Les vergetures linéaires du thorax.** *Annales de Médecine*, t. **47**, n° 1, 1946, pp. 99-110.

Rist attire l'attention sur les stries atrophiques que l'on peut observer sur la face postérieure du thorax, *unilatérales*, au cours d'affections, en majorité tuberculeuses, de la plèvre et du poumon. Elles siègent toujours sur l'hémithorax opposé au côté des lésions viscérales.

Elles ont été signalées par Thaon (1880), Gimbert (1886), Gilbert (1887) et étudiées par Brouardel dans la thèse de Scialom (1888), par Cramer, à Genève (1913). Rist les rappellent à l'occasion de 3 observations, dont 2 personnelles, chez des tuberculeuses de 17 et 15 ans.

Ces vergetures seraient la conséquence d'une dysendocrinie portant, surtout, sur la cortico-surrénale et les gonades et sont à rapprocher de l'hirsutisme et du syndrome de Cushing. A. Touraine.

7d. — *Scléro-atrophies.*

F. Kalz et J. Hogstraten. — **Poikiloderma atrophicans vasculare Jacobi.** *Arch. of Derm. and Syph.*, **53**, n° 4, avril 1946, p. 333, 4 fig.

Bref rappel des diverses formes cliniques de poïkilodermie généralisée décrites depuis la description princeps de Jacobi (1907), puis observation d'une poïkilodermie type Jacobi chez un homme de 45 ans présentant, d'autre part, une neurosyphilis méningo-vasculaire. Les lésions histologiques étaient absolument typiques. Le traitement arsenical (mapharsen) et bismuthique associé à la pyrétothérapie, amena la disparition presque complète des lésions cutanées y compris les télangiectasies et l'atrophie.

L'action sur les lésions cutanées peut être expliquée par l'action non spécifique de l'association arsenic + hyperpyrexie ou bien ces lésions étaient-elles dues à un processus trophique vasculaire d'origine centrale, en tout point identique (au point de vue clinique et histologique) à l'affection décrite par Jacobi, et qui a réagi au traitement antisyphilitique. L. Golé.

J. M. Borda (Buenos-Aires). — **Poïkilodermie** (Poiquilodermia). *Revista argentina de Dermatosifilologia*, t. **29**, n° 1, 1945, pp. 11-27, 14 figures. Longue bibliographie.

Rappel de nombreuses observations publiées après le travail de G. et A. Pelges, en 1936, dans la *Nouvelle Pratique dermatologique*. Exposé détaillé de deux observations personnelles : 1° chez une femme de 47 ans (début à 9 ans par un prurit généralisé; érythèmes à 10 ans; plus tard squames, télangiectasies, pigmentations en plaques sur le tronc et les membres). Les muscles, cliniquement normaux, montrent, sur les biopsies, des lésions assez accentuées (homogénéisation des fibres dont beaucoup sont ondulées en « longue chevelure », prolifération des noyaux du sarcolemme); 2° chez une femme de 37 ans, début à 21 ans; lésions du cou et des membres supérieurs; malgré leur intégrité clinique les muscles sont plus altérés encore que dans le cas précédent et montrent une importante infiltration cellulaire péri-vasculaire et interstitielle.

A l'exception de la « maladie de Civatte » qui doit être classée à part, le groupe des poïkilodermies doit être considéré comme homogène et réunir la poïkilodermie atrophiante vasculaire et la poïkilodermatomyosite. Certains cas de parapsoriasis en plaques et, plus particulièrement, le parapsoriasis lichénoïde doivent être compris dans ce groupe, car leurs signes distinctifs sont peu caractéristiques.

A. Touraine.

P. Robert (Berne). — **Poïkilodermie réticulée pigmentaire.** *Dermatologica*, vol. **92**, n° 5-6, 1946, pp. 267-269, 2 figures.

♀ 26 ans. En juillet 1942, troubles progressifs de la vue de l'œil droit, paralysie faciale, troubles du goût, parotide gonflée ; diagnostic de syndrome de Heerfordt. En janvier 1943, placards sur un avant-bras et les deux jambes, de 2 cm. 5 × 5 centimètres, infiltrés, cyanotiques, à limites précises ; uvéite, surcharge hilaire. En été 1944, pigmentation brune des régions sus-claviculaires, du sternum, d'une épaule, en aires à limites nettes, par places en stries ; quelques télangiectasies, taches atrophiques. Lésions principales : légère atrophie de l'épiderme, forts infiltrats lymphocytiques dans le derme profond, gonflement des faisceaux collagènes, altération ou destruction des fibres élastiques. A. Touraine.

A. Roxburgh. — **Poïkilodermie de Jacobi ou lichen plan atrophique?** (Poïkiloderma Jacobi ? Atrophic lichen planus). *Proceedings of the Royal Society of Medicine*, t. **39**, n° 3, juin 1946, p. 479 (*Sect. of Dermatology*, 21 février 1946), 2 figures.

♂ de 57 ans ; début depuis 12-14 ans, atteinte des avant-bras, pieds et chevilles ; quelques bulles, près du tendon d'Achille, depuis un an ; atrophie réticulaire de la peau sans papules précises mais de disposition polygonale.

Il s'agit pour Wigley de *parakeratosis variegata* de Macleod, pour Dowling de lichen plan érythémateux de Freeman, pour Brain de poïkilodermie.

A. Touraine.

J. Marie, Ph. Seringe, H Bricaire et R. Tricot. — **Adénodermatomyosite (forme ganglionnaire de la poïkilodermatomyosite de Petges-Jacobi).** *La Semaine des Hôpitaux*, année **21**, n° 20, 28 mai 1945, pp. 533-537, 6 figures. Bibliographie.

Chez une fillette de 7 ans, un état poïkilodermique de la jambe droite, à disposition radiculaire, avec atrophie tardive des muscles du même membre s'est accompagné, sans fièvre, d'une polyadénopathie corollaire. Le tout a persisté un an pour disparaître progressivement. Étude histologique.

Sur la foi de cette observation, dont une seule autre se rapproche (Davidson, 1939), les A. concluent à l'existence d'une forme clinique spéciale, ganglionnaire, de la poïkilodermatomyosite. A. Touraine.

W. C. Davis et T. S. Saunders. — **Sclérodermie du visage avec atteinte de la gencive** (Scleroderma of the face involving the gingiva). *Arch. of Derm. and Syph.*, **54**, n° 2, août 1946, pp. 133-135.

Localisation rare, dont il existe peu d'observations (cas de Gougerot et Eliascheff) chez une femme âgée de 20 ans, atteinte de sclérodermie en plaque de la lèvre supérieure avec extension à la muqueuse labiale et gingivale jusqu'aux incisives.

L. Golé.

L. de Gennes, D. Mahoudeau et J. Blancard. — **Sur deux cas de sclérodermie avec troubles parathyroïdiens.** *Bulletins et mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, 3e série, année **60**, 1944, nos 5-6-7, pp. 57-59.

Invoquer l'intervention du système sympathique n'est qu'émettre une hypothèse, si vraisemblable soit-elle. Elle ne concerne d'ailleurs que le *mécanisme* d'apparition, ce qui n'exclut nullement le rôle de divers facteurs étiologiques dans le *déterminisme* de l'affection : parmi ceux-ci une place importante revient sans doute aux glandes endocrines et en particulier aux parathyroïdes comme le montrent ces deux observations.

La première est celle d'un malade dont l'observation a été publiée en 1930 par E. Krebs, E. Hartman et F. Thiebault, et qui présente à la suite de l'exode une nouvelle poussée de sclérodermie. En 1943, hospitalisée pour des troubles trophiques des membres inférieurs, surtout des pieds avec ulcération, déformations ostéo-articulaires du squelette tarsien, décalcification diffuse avec dépôt calcaire à la base de certains orteils. Soumise à un traitement quotidien d'injections parathyroïdiennes, son état s'améliore notablement, les ulcérations guérissent, l'état général est très favorable.

Cette observation de sclérodermie avec cataracte et troubles endocriniens se signale par un caractère familial particulièrement frappant : treize ou quatorze personnes de la même famille présentent des troubles analogues. Elle rentre dans le cadre du

syndrome de Rothmund dans lequel la cataracte se trouve associée à une affection de la peau.

La seconde observation concerne une sclérodermie typique dans son aspect clinique et sa marche progressive. Elle prédomine aux extrémités des membres et à la face ; le malade présente en outre un vitiligo étendu avec larges taches pigmentées. Un traitement parathyroïdien trop bref s'est montré inefficace. Mais cette sclérodermie s'est développée aussitôt après des applications intensives de Rayons X sur la région thyroïdienne. L'apparition presque simultanée de crises de contraction évoquant la tétanie, renforce l'hypothèse d'une origine parathyroïdienne de cette sclérodermie.

H. Rabeau.

P. Tanret. — **Sclérodermie, syndrome parathyroïde et leucémie à monocytes.** *La Semaine des Hôpitaux*, année **22**, n° 30, 14 août 1946, pp. 477-1480. Courte bibliographie.

Les publications récentes de Turpin (*Presse médicale*, 19 février 1944, p. 51), de Coste, Boyer et Tourneur (*Soc. méd. Hôp. Paris*, 30 juin 1945) ont attiré l'attention sur les rapports de la sclérodermie et des états leucémiques. L'A. en publie une observation personnelle, chez une femme de 43 ans, atteinte de sclérodermie généralisée, de calcémie, à 0 gr. 118, qui subit une parathyroïdectomie (glandes de type compact, formées exclusivement de cellules chromophobes) et s'en trouve améliorée. Quatre mois plus tard, se développe une leucémie aiguë monoblastique, mortelle en un mois.

Ce cas est à rapprocher de ceux de leucémie aiguë avec hypocalcémie et hypophosphorémie qui font penser à une hypoparathyroïdie. Une parathyroïdectomie totale, chez 6 chiens, a été suivie d'accidents tétaniques, d'hypocalcémie entre 0 gr. 04 et 0 gr. 06, de leucocytose avec polynucléose, d'une réaction réticulo-endothéliale intense de la moelle osseuse avec faible réaction myéloïde. « Il semble donc que dans la leucémie aiguë il existe parfois un terrain endocrinien, fait d'insuffisance parathyroïdienne. »

A. Touraine.

W. Lutz (Bâle). — **Lichen scléreux ; white spot disease ; sclérodermie circonscrite et en cartes de géographie** (Lichen sclerosus. White spot disease ; kartenblatt ähnliche und circumscripte Sklerodermie). *Dermatologica*, vol. **92**, n° 4, 1946, pp. 199-217, 21 figures. Longue bibliographie.

D'après 3 observations personnelles et la revue de la littérature sur ce sujet, l'A. conclut qu'on peut distinguer 3 types parmi les observations publiées sous le nom de white spot disease :

1° le type décrit par Miescher (1932) avec destruction des fibres élastiques ;

2° un type d'histologie identique mais sans altération des fibres élastiques ;

3° un type sclérodermique avec sclérose des fibres collagènes, intégrité des fibres élastiques, et très peu d'infiltration.

Les rapports entre ces trois types ne peuvent pas être précisés actuellement.

De la white spot disease on doit séparer complètement une variété de lichen plan dans lequel existent des éléments blancs scléreux mais qui montre presque toujours d'autres éléments de lichen plan typique, de structure caractéristique.

A. Touraine.

J. Marti Mateu et J. Valcaneras Bernat. — **Sclérodermie généralisée associée à de la calcinose** (Esclerodermia generalizada asociada a calcinosis). *Medicina española*, vol. **78**, t. **14**, août 1945, pp. 156 à 158, 1 figure. Bibliographie.

Les différentes affections que l'on a l'habitude de ranger dans le cadre des dermato-scléroses sont souvent associées malgré leurs différences de nature et de siège. Les auteurs les considèrent comme des variétés d'une même affection qui serait la cellulite sclériforme.

Ils apportent un cas de sclérodermie avec calcinose dans lequel l'origine du syndrome pourrait être en rapport avec une atteinte de l'hypophyse antérieure.

Chez un malade de 39 ans, apparaissent des plaques rouges, prurigineuses, qui s'indurent, envahissent toute la surface du corps et entraînent la chute des poils. La rétraction de la peau, la douleur à la mobilisation et l'asthénie condamnent le malade à une immobilité absolue. Il est inquiet, ne dort pas. Très amaigri, il présente une pigmentation mélanique irrégulière, des zones cutanées atrophiques disséminées et un atrophie musculaire. Les extrémités sont ulcérées avec chute des ongles. Dans le sang, Hb : 70, Métabolisme basal : + 27.

Un traumatisme antérieur au cours d'un accident d'automobile aurait été suivi d'une embolie dans le lobe antérieur de l'hypophyse et cette lésion aurait entraîné la sclérodermie avec calcinose. Les auteurs basent cette hypothèse sur deux remarques :

Le sujet présente une maigreux extrême et des lésions atrophiques analogues à celles que l'on observe dans la cachexie hypo-plastique de Simmond, rapportée à une lésion destructive du lobule antérieur de l'hypothyse. D'autre part, le lobule antérieur, contrairement au lobule postérieur, reçoit son irrigation sanguine des rameaux de la carotide interne, ce qui expliquerait l'existence d'une lésion embolique isolée du lobule antérieur de l'hypophyse. J. Margarot.

J. Knap. — **Un cas de maladie de Rothmund** (A Case of Rothmund's diseases). *Acta Dermat Vener.*, vol. **25**, fasc. IV, février 1945, pp. 302-321, 5 figures, 1 tableau. Bibliographie.

Observation d'un cas de maladie de Rothmund (sclérodermie du type sclérodactylie avec cataracte). Dans la description l'auteur indique un certain nombre de symptômes que les observations, publiées jusqu'ici ne mentionnaient pas, et qui font penser que des troubles du métabolisme de Ca pourrait intervenir pour une part importante dans le déterminisme de cette affection. Discussion des opinions admises sur l'étiologie de la maladie de Rothmund. Pour l'A., la pathogénie endocrinienne, généralement invoquée, ne paraît pas vraisemblable pour la maladie de Rothmund et les affections qui lui sont apparentées. Il les croit dues à une toxine et pense que les troubles du métabolisme de Ca qu'on observe d'ordinaire dans tout ce groupe, est secondaire. Il fait remarquer que les lésions cutanées de la maladie de Rothmund rentreraient plutôt dans la poïkilodermie que dans la sclérodermie. A. Civatte.

E. T. Bernstein et L. A. Goldberger. — **Disparition complète d'une sclérodermie par le dihydrotachystérol** (Complete subsidence of scleroderma with dihydrotachysterol). *J. A. M. A.*, **130**, n° 9, 2 mars 1946, p. 570.

L'A. rapporte un cas de sclérodermie généralisée survenu chez une femme de 70 ans, un an après une thyroïdectomie subtotale pour goître simple. Cette sclérodermie pouvant être due, selon l'auteur, à un trouble du métabolisme du calcium secondaire à une atteinte des parathyroïdes au cours de l'intervention, un traitement par le dihydrotachystérol fut institué (ce produit est obtenu par action de l'hydrogène naissant sur le tachystérol et possède un pouvoir antitétanique facteur 10 soit A. T. 10 : il est employé depuis 1938, avec succès dans de nombreux cas d'hypocalcémie). Dose totale de 45 centimètres cubes en cinq mois avec des intervalles de repos. Amélioration rapide des signes cliniques, peau redevenue complètement normale. Par contre, dépression mentale accentuée qui guérit très bien.

Le dihydrotachystérol étant considéré comme le médicament des troubles du métabolisme calcique, l'A. considère cette sclérodermie comme étant d'origine parathyroïdienne. L. Golé.

S. May et A. Netter. — **Sclérodermie œdémateuse traitée par la radiothérapie et les infiltrations gangréneuses.** *Bulletin et mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, 5e série, année **60**, nos 1-2-3-4, 1944, p. 6-8.

La sclérodermie serait pour les auteurs liée à une perturbation du système neuro-végétatif surtout vaso-moteur. Ils apportent 2 observations de femmes âgées de 63 ans présentant une sclérodermie à la phase œdémateuse. Pour la première le début datait de 2 mois. Un traitement par des injections quotidiennes d'acétylcholine, des infiltrations novocaïniques des ganglions stellaires, associées à la radiothérapie de la colonne cervicale et des plexus axillaires (2 champs axillaires, 2 champs cervicaux au total 1.000 r par champ), amena le 2e mois une amélioration considérable. De nouvelles infiltrations novocaïniques (10) sont faites et après 6 mois l'état de la malade était transformé.

L'autre malade est suivie depuis 1933. Le début de sa sclérodermie remontait à deux ans ; mais encore période œdémateuse. Le traitement a consisté en injections répétées d'acétylcholine et radiothérapie cervicale et axillaire. L'amélioration a été lente, mais en 1935 elle était considérable. Elle s'est poursuivie par la suite sous l'action d'injections répétées quatre fois par jour d'acétylcholine.

Ces deux observations viennent à l'appui de la conception sympathique et vasomotrice de la sclérodermie. H. Rabeau.

C. Le Roy-Steinberg. — **Une nouvelle méthode de traitement de la maladie de Dupuytren.** *Medical Clinics of North American*, t. **30**, no 1, janvier 1946, pp. 221-232.

L'A. donne de la vitamine E, à la dose de 300 milligrammes par jour, en trois prises, jusqu'à résultat satisfaisant, puis à celle de 60 à 80 milligrammes par jour comme traitement d'entretien.

Sur 7 cas, 6 guérisons complètes. L'intervention chirurgicale n'est plus indiquée que dans les formes les plus graves, avec calcification. Cependant, l'absorption et la mise en réserve de la vitamine E sont diminuées lorsqu'il existe une cirrhose portale. L'absorption prolongée de cette vitamine entraîne une diminution importante de la créatinurie. A. Touraine.

7e. — *Lichénification.*

I. R. Pels et F. A. Ellis. — **Neurodermatite localisée. Son traitement par les injections d'alcool** (Circumscribed neurodermatitis (lichen chronicus simplex. Its treatment by injections of alcohol). *Arch. of Derm. and Syph.*, **54**, no 6, décembre 1946, pp. 677-682.

Devant l'échec des nombreux traitements usuels, les auteurs ont essayé le traitement des placards de lichénification circonscrite par les injections d'alcool (selon la méthode de Stone). Ces placards siègent sur des tissus de moindre résistance et de moindre réaction fonctionnelle, en des points soumis à des traumas fréquents (cou chez les femmes).

Technique. — Pour les plaques de plus de 5 centimètres de diamètre, pratiquer auparavant une anesthésie générale ou une injection de morphine. Injecter par centimètre carré 0 cm^3 1 à 0 cm^3 2 (en moyenne 0 cm^3 12) d'alcool à 95 o/o, avec une seringue à intradermo et une aiguille très fine introduite verticalement à 1 centimètre environ, juste au-dessous du derme, dans le tissu sous-cutané. Compresses chaudes pendant dix minutes puis application d'une crème douce.

Une anesthésie locale préalable n'est pas indiquée car elle diluerait la solution d'alcool.

L'application est très douloureuse, mais guérison des lésions en une à deux semaines.

Statistique de 45 cas avec une guérison approximative dans 75 o/o des cas (six observations résumées). L. Golé.

E. M. Satulsky (U. S. A.). — **Keratoderma blennorrhagicum.** *American Journal of Syphilis*, vol. **29**, n° 3, mai 1945, pp. 361-371, 6 fig., longue bibliogr.

Courte revue générale. Rappel des cas de Gager (1922), Wadsack (1906), Du Bois (1924), Sutton (1939), Barrett (1930) où des diplocoques Gram-négatifs ont été trouvés dans les lésions cutanées.

Rapport d'une observation avec kératose des paumes, poignets, doigts, plantes, orteils, front, cuir chevelu, verge, scrotum; forte atteinte des ongles. Diplocoques Gram-négatifs dans le pus de petits abcès des orteils. État général grave; arthralgies. 5.265.000 U. de pénicilline en près de 3 mois avec autres thérapeutiques; grande amélioration, mais non guérison en 5 mois.

A. Touraine.

H. Goodman (New-York). — **Keratodermia blennorrhagica.** *The urologic and cutaneous Review*, vol. **49**, n° 5, mai 1945, pp. 303-306, pas de bibliogr.

Courte revue générale de la question et rappel de 14 observations publiées de 1910 à 1922 [L'A. paraît ignorer les nombreuses observations françaises dont aucune n'est citée. *An*].

A. Touraine.

M. Dérot, L. Lafourcade et Y. Bourdy. — **Polyarthrite gonococcique prolongée à forme cachectisante de Klippel et Weill ; kératose blennorragique généralisée. Guérison par la perfusion sulfamidée.** *Bulletin et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, année **60**, 3e série, nos 13 et 14, 1944, p. 175.

Homme de 37 ans, présentait une syphilis primaire, remarquable par le nombre de chancre (17), puis une gonococcie sulfamido-résistante, se compliquant de phénomènes septicémiques, et au bout de quelques jours des douleurs articulaires internes avec gonflement, mauvais état général. Au bout de six semaines, apparition de kératose circinée sur la cuisse faisant d'abord penser à la syphilis, puis de nombreuses plaques apparaissent revêtant l'aspect « de clou de Tapissier ». La cachexie s'aggrave, le malade a maigri de 22 kilogrammes en 6 semaines. Un traitement par le vaccin antigonococcique intraveineux, et la perfusion sulfamidée, amène une régression assez rapide des phénomènes articulaires, et peu à peu la guérison du malade.

H. Rabeau.

R. Gonin (Lausanne). — **Épidémie de kératose folliculaire contagieuse de Brooke.** *Revue médicale de la Suisse romande*, n° 10, 25 octobre 1946, pp. 711-719, 4 figures. Courte bibliographie.

Description de trois cas dans une même famille (le père et ses deux fils) : apparition brusque sur les joues, le front, le nez, les oreilles, d'un semis dense de petites papules « de la grosseur d'une tête d'épingle, d ecouleur rouge vif sur les bords, ivoire au milieu, la plupart centrées d'un point noir qui paraît être un comédon. » Ces papules sont formées par de petits kystes intra-épidermiques, isolés ou en rapport avec des éléments pilo-sébacés, remplis de lamelles cornées à disposition concentrique plus ou moins régulière.

Éliminant l'acné, l'hydrocystome, le milium, l'A. rapproche ces cas de la « kératose folliculaire contagieuse » de Brooke (1892), retrouvée par Peyri Rocamora (épidémie de 14 cas à Barcelone en 1920). Une épidémie de 2.500 cas a été signalée, depuis février 1946, à Bâle par Schuppli, et d'une vingtaine de cas à Fribourg.

Dans une discussion au Congrès suisse de Dermatologie (Montreux, 21 septembre 1946) on a accusé tantôt un virus filtrant, tantôt une origine alimentaire, tantôt une irritation externe analogue au bouton d'huile. [Il est certain que les photographies jointes à l'article rappellent étroitement l'acné des brillantines décrite par Touraine (*Concours médical*, 10 décembre 1945) et Garnier (*Presse médicale*, 9 mars 1946. *An.*].

A. Touraine.

Lars Werkö. — **Acanthosis nigricans avec cancer de la vésicule biliaire et hyperkératose plantaire** (Acanthosis nigricans associated with carcinoma of the gallblader and plantar hyperkeratosis). *Act. Derm. Vener.*, vol. **26**, fasc. I, juillet 1945, pp. 70-83, 4 figures. Bonne bibliographie.

Rappel des notions classiques sur l'affection. Revue des cas qui ont été publiés (plus de 300 actuellement, dont un tiers étaient accompagnés d'une tumeur maligne). Discussion sur l'étiologie et la pathogénie. Longue et consciencieuse observation d'un malade de 53 ans, suivie par l'auteur pendant les 3 derniers mois de son existence. Biopsie des lésions cutanées. Autopsie. L'examen histopathologique de la tumeur confirme le diagnostic de cancer de la vésicule biliaire, porté à l'entrée du malade à l'hôpital. Rien qui indique une atteinte d'une glande endocrine. Des extraits hépatiques donnés à hautes doses, n'avaient influé en rien sur la lésion cutanée.

Lars Werkö a trouvé dans le sérum de son malade de l'histaminase. Ceci viendrait à l'appui de l'opinion soutenue par Robert et Zeller sur la formation du pigment (production de la mélanine par oxydation de l'histamine).

A relever dans ce cas l'extraordinaire hyperkératose plantaire, qui pouvait faire croire à l'existence d'une maladie de Méléda. Mais l'anamnèse montre que le développement de cette hyperkératose a été en rapport avec celui des autres lésions d'acanthosis. On sait que dans quelques cas, une hyperkératose aiguë des paumes et des plantes avait été signalée. A. Civatte.

H. Fiol et H. Della Ragione. — **Verrucome de Gougerot guéri par la pénicilline.** (Verrugoma de Gougerot curado con penicilina). *Rev. Argent. Dermatosifilolog.*, t. **30**, n° 1-2, janvier-juin 1946, pp. 85-86.

Malade de 59 ans qui porte sur le flanc du nez une tumeur hémisphérique, comme une noisette, sessile, dont la partie la plus saillante est couronnée par une croûte hyperkératosique noirâtre, très adhérente. Cette croûte, enlevée, laisse voir un entonnoir dont le fond montre des saillies papillaires filiformes. La tumeur est ferme. Adénopathie sous-maxillaire, petite, indolore et mobile. Histologie : prolifération exubérante de l'épithélium, dont l'ensemble présente un aspect papillomateux avec microabcès intraépithéliaux et éosinophilie. Diagnostic : verrucome de Gougerot. Le néosalvarsan à la dose de 4 gr. 5 ne modifie pas la lésion et est mal tolérée par le malade. Traitement par la pénicilline (800.000 U. en huit jours). La tumeur s'est réduite; vers le huitième jour, presque au niveau de la peau normale. La suppression du médicament, pendant dix jours, n'empêche pas la régression franche du processus infectieux. Au bout de ce temps on fait 400.000 U. en quatre jours. Guérison par cicatrice déprimée en cratère. Les auteurs tout en considérant très grande l'efficacité des arsenicaux du type du néosalvarsan, croient supérieure l'action de la pénicilline. Jonquières.

7g. — *Chéloïdes.*

L. Cornil. — **Considérations cliniques et anatomiques sur les chéloïdes**. *Marseille Médical*, année **82**, n° 1, 15 janvier 1945, pp. 6-12. Pas de bibliographie.

Revue générale sans élément nouveau. Rappel du rôle constitutionnel de la « fibrogénèse » de Cornil et Mosinger (1930), processus scléreux hypertrophique qui peut revêtir d'autres aspects, tels que la maladie de Dupuytren. [Les autres éléments de cet état tels que coussinets des phalanges, induration des corps caverneux, fibromes cutanés, utérins, naso-pharyngiens, etc. ne sont pas signalés, *An*]. L'A. note que plusieurs auteurs ont relevé une certaine prédisposition familiale. [Nombreuses sont les observations familiales qui démontrent le rôle fréquent de l'hérédité en dominance, *An*].

C. indique sa préférence pour la radio- et la radiumthérapie des chéloïdes.

A. Touraine.

E. Prosser Thomas. — **Chéloïdes multiples après varicelle** (Multiple Keloids following varicella). *Proceedings of Royal Society of Medicine, Section of Dermatology*, 20 décembre 1945, vol. **39**, nº 2, mars 1946, pp. 229-230.

6 mois après une varicelle chez une fille de 14 ans, nombreuses cicatrices hypertrophiques et chéloïdiennes sur le front, le cou, la poitrine, plus rares sur les membres.

Parkes Weber rappelle, à ce propos, les chéloïdes post-vaccinales; il est d'accord avec Pr. Thomas pour recourir aux rayons X en méthode de Chaoul, alors que Goldsmith préfère le thorium X. Thomson a assisté, dans un cas analogue, à la guérison spontanée complète en moins de 18 mois.

A. Touraine.

7i. — *Angioses.*

G. Mitchell-Heggs and K. Crow. — **Telangiectasia macularis eruptiva perstans** *Proc. of the Royal Soc. of Medicine* (*Section of Dermatology*, 18 avril 1946), t. **39**, nº 4, septembre 1946, p. 686.

Homme de 47 ans ; début en 1928 par des éléments purpuriques, autour des chevilles, qui laissent des macules rouge brun persistantes et qui se disséminent ensuite sur tous les membres inférieurs, l'abdomen et un peu sur les bras. C'est un tuberculeux pulmonaire, non traité par l'or. Rien de familial. Aujourd'hui nombreuses aires télangiectasiques et macules brunes. Examen hématologique normal. La biopsie montre une infiltration périvasculaire dans le chorion superficiel.

P. Weber rappelle que ces télangiectasies se voient surtout chez des femmes de bonne santé, florides, un peu grasses et à un âge généralement plus précoce.

A. Touraine.

8a. — *Muqueuse buccale.*

Lebourg, Henault, Lambert, Cernéa, Mme Chaput, Friez, Hennion et Vrasse. — **Les stomatites.** Masson édit, Paris, 1946, 1 vol., 213 pages. Bibliographie.

Ce recueil d'une série de 12 conférences faites en 1945 rendra service aux débutants car il résume, de manière claire, des notions pratiques importantes à connaître sur la plupart des stomatites dans les chapitres suivants : Notions générales sur les stomatites (L. Lebourg), les stomatites érythémateuses (L. Lebourg), les stomatites vésiculeuses et bulleuses (M. Hénault), les stomatites ulcéreuses (A. Lambert), les stomatites gangréneuses (P. Cernéa), les stomatites de cause locale (A. Lambert), les manifestations buccales des maladies infectieuses (Mme A. Chaput), les stomatites des maladies du sang (P. Friez), les stomatites toxiques médicamenteuses (P. Friez), les stomatites mercurielles (P. Hennion), la stomatite bismuthique (R. Vrasse), la thérapeutique des stomatites (P. Cernéa).

On regrettera que plusieurs conférences n'aient pas pu trouver place dans ce recueil :

l'une de pathologie générale, sur la microbiologie de la bouche (spirilles, tréponèmes saprophytes, porteurs de germes, etc.), le chimisme et les moyens de défense de la bouche;

une autre sur les affections congénitales de la muqueuse buccale (cheilites, leucokératoses diverses, grenouillette, épidermolyses bulleuses, angiomes, etc.);

une troisième sur les affections plus rares de la bouche (maladie de Riga, de Delbanco, de Schultze, de Lasègue, etc., glossite de Moeller, aphtoïdes de Popischill, lèpre, etc.), une dernière, enfin et surtout, qui, outre le muguet, le lupus, aurait

abondamment développé les manifestations buccales de la syphilis à toutes ses périodes, les leucoplasies et leur dégénérescence maligne, les cancers.

On aurait pu, aussi, souhaiter, pour le praticien, plus de détails pratiques de thérapeutique et, pour l'étudiant, des figures ou des schémas. Mais, dans l'ensemble, ce travail se recommande par sa bonne présentation, la clarté et la simplicité de ses exposés. Il mérite largement de figurer dans les bibliothèques médicales.

A. TOURAINE.

DIVERS. — **Les stomatites ulcéreuses à allure épidémique.** *La Revue de Stomatologie*, t. **47**, n° 7-8, juillet-août 1946, pp. 217-327.

Tous les articles de ce numéro (pp. 217 à 309) ainsi que le compte rendu de la séance spéciale de la *Société de Stomatologie de France*, du 29 mai 1946 (pp. 310-327) sont consacrés à l'étude des stomatites ulcéreuses dont une poussée d'allure épidémique a débuté, dans une grande partie de la France, en avril 1944.

Outre le travail initial de Lattès, Vrasse et Mlle Tkatchoff (pp. 217-240), analysé d'autre part, et qui porte surtout sur la description clinique et l'étiologie de cette affection, résumons les principaux de ces travaux :

1° ÉPIDÉMIOLOGIE. — Lehmans rappelle les épidémies qui ont accompagné les guerres précédentes et croit au rôle du froid, du surmenage, d'un déséquilibre alimentaire dans la moitié des cas de l'épidémie actuelle. Cadenat, à Toulouse, n'a vu atteints, au contraire, que des sujets à alimentation abondante et variée. Lebourg, note que l'épidémie a commencé dans la première armée française, puis dans les armées anglaise, américaine et la population civile. Charouleau, dans son secteur d'Allemagne, a vu l'épidémie commencer dans les bataillons de travailleurs, alors que les prisonniers et déportés étaient épargnés. L'opinion générale est nettement en faveur de la notion d'épidémie, frappant certaines collectivités alors que des voisines, soumises au mêmes conditions de vie, restaient indemnes.

2° ÉTIOPATHOGÉNIE. — Rialland croit à l'action de l' « alimentation incendiaire » que les conserves américaines ont largement distribuée à la Libération : il ne s'agit donc ni d'avitaminose, ni d'épidémie véritable ; il admettrait, au reste, le rôle des taches solaires et de la sécheresse. Par contre, Boisnière reste fidèle à la théorie microbienne, l'infection se faisant par l'eau de boisson ou de cuisson, tout au plus facilitée par les carences alimentaires. L'agent constant est la symbiose fuso-spirillaire, à laquelle s'ajoutent des microbes banaux.

Lebourg émet l'hypothèse d'un virus spécial. Le rôle des avitaminoses est tenu pour très accessoire par Giroud, Laroche, Richard, etc. Les auteurs admettent, dans l'ensemble, la théorie infectieuse, mais sans précision pour l'agent efficient.

3° CLINIQUE. — Sapet décrit une forme légère, purement congestive, une forme moyenne, ulcéreuse, une forme grave, largement ulcéro-nécrotique ; il passe en revue les principaux diagnostics. Boisnière distingue une période de début (gingivite prémonitoire hémorragique, à début insidieux), une période d'état (gingivite proprement dite), une période de stomatite (avec ulcérations) ; la stomatite, bien soignée, dure 8 à 10 jours, mais la gingivite, rebelle à toutes les médications, tend à devenir chronique et à évoluer vers la pyorrhée alvéolo-dentaire. Lebourg rappelle la tendance à une éosinophilie sanguine de 3 à 4 o/o avec parfois, neutropénie.

4° TRAITEMENT. — Richard, Cernea et Descroizilles puis Verger ont été satisfaits de la pénicilline (50.000 U. par jour pendant 2 ou 3 jours) dans les stomatites odontiasiques ; les résultats ont été irréguliers dans les stomatites épidémiques, assez favorables dans un cas de stomatite gangréneuse. Pour Soleil, le traitement sulfamidé isolé est insuffisant ; il faut donner de l'acide ascorbique (500 milligrammes par jour pen-

dant 10-12 jours; diminuer ensuite). Rochette a utilisé avec succès les vaccins dérivés des germes obtenus par hémoculture gingivale, les extraits hépatiques, les injections intraveineuses de cyanure de mercure (6 à 8 injections de 0 gr. 01, 2 jours sur 3), les injections intraveineuses d'acide ascorbique (50.000 U. tous les 2 jours); les sulfamides sont moins indiquées. Hamon conseille les badigeonnages au sulfarsénol ou avec un mélange d'acide chlorhydrique et d'acide citrique [formule non donnée]. Rialland, fidèle à sa conception pathogénique, recommande une diète liquide puis céréalienne enfin solide avec réduction des aliments acides et « azotés forts » et des laxatifs; le traitement local est accessoire (chlorure de zinc, Dakin). Parant se déclare très satisfait, dans les formes assez légères, de l'acide ascorbique (6 injections de 10.000 U) sans que la maladie puisse être assimilée au scorbut; traitement analogue pour Sapet. Charouleau signale les bons effets du salicylate de soude en bains de bouche à 30 0/00 et en injestion (4 grammes par jour). Guérin a utilisé, avec des résultats également bons, tantôt des badigeonnages à l'acide chromique à 60 0/0, à la solution saturée d'acide trichloracétique, à la gonacrine à 2 0/0, au mercurochrome, tantôt les sulfamides par la bouche, à l'exclusion de toute médication buccale active. Lebourg recommande le gluconate de calcium.

L'impression générale qui ressort de ces communications si diverses est que, pour ces stomatites, il s'est bien agi d'une maladie infectieuse, d'allure épidémique, dont l'agent reste imprécis. Quant au traitement, les méthodes les plus variées donnent d'excellents résultats à leurs auteurs; dans l'ensemble elles sont anti-infectieuses. A. Touraine.

Lattès, Vrasse et Mlle Tkatchoff. — **Contribution à l'étude des gingivo-stomatites ulcéreuses à allure épidémique.** *Revue de Stomatologie*, t. **47**, n° 7-8, juillet-août 1946, pp. 217-240, 5 figures. Bibliographie.

Étude d'ensemble, dont Mlle Tkatchoff a fait sa thèse (Paris, avril 1946), d'une importante poussée épidémique, en France, depuis avril 1944, de la vieille stomatite ulcéreuse de Bergeron. Cette poussée est en nette régression depuis 1945.

Rappel des symptômes de la forme moyenne de cette stomatite (douleurs, fétidité de l'haleine, salivation, petites hémorragies, symptômes généraux d'importance variée, érythème puis ulcérations, adénopathies), de sa durée (parfois traînante pendant des mois, séquelles, récidives), de ses formes cliniques (douloureuses, hémorragiques, généralisées, localisées).

Discussion des conditions étiologiques : carence en vitamines, en particulier C et PP, toxi-infection alimentaire et, surtout, infection probablement spécifique. Le rôle de la symbiose fuso-spirillaire est de moins en moins admis, on trouve généralement une association de staphylocoques (75 0/0) et de streptocoques (25 0/0). Peut-être s'agit-il d'un ultra-virus.

Traitement : soins locaux antiseptiques; échec complet des vitamines, sauf de la laroscorbine à 10.000 U. par jour; novarsénobenzol à petites doses répétées, sulfamides. A. Touraine.

Dumalle. — **A propos de l'apparition dans l'armée de nombreux cas de gingivo-stomatite ulcéreuse.** *Société de Médecine Militaire Française*, année **34**, n° 4, avril 1945, pp. 110-112

Les dentistes militaires de Paris traitent actuellement beaucoup de malades atteints de gingivo-stomatite ulcéreuse; maladie qui, abandonnée à elle-même, comporte un pronostic assez sérieux pour l'avenir de la denture. Le traitement en est d'ailleurs difficile.

Des prélèvements faits montrent presque toujours, la présence de l'association fuso-spirillaire.

Le traitement emploie les antimicrobiens *in situ* puis le détartrage et l'extraction des chicots.

A l'origine de cette maladie est le manque d'hygiène bucco-dentaire associé à une carence alimentaire multiple. L. FERRABOUC.

F. GASSER. — **Traitement d'une stomatite ulcéreuse par la pénicilline** (Mitteilung über die Behandlung einer Stomatitis ulcerosa mit Penicillin). *Schweizerische Monatsschrift für Zahnheilkunde*, t. **56**, 1946, p. 78.

♂, de 35 ans. Stomatite ulcéreuse. Nettoyage et désinfection des plaies par des pulvérisations. Puis, applications d'une pâte (pénicilline 100.000 U. O. dans 9 grammes de lanoline et 1 gramme d'oxyde de zinc). Disparition des douleurs en 7 heures; guérison en moins de 2 jours.

La pâte doit être conservée à moins de 10° et perd rapidement son action. On doit donc en préparer, chaque fois, une petite quantité.

A. TOURAINE.

L. STRONG et E. WILLETT. — **Tablettes à la pénicilline dans le traitement de la stomatite de Vincent** (Penicillin lozenges in the treatment of Vincent's stomatitis). *U. S. Nav. Medic. Bulletin*, t. **46**, mars 1946, pp. 353-356.

Les auteurs donnent leur préférence à la formule : Acacia, 30 grammes; Stéarate de calcium, 5 grammes; Sucrose, 65 grammes.

Chaque tablette renfermant 750 U. de pénicilline sodique, 30.000 à 50.000 U., au total, sont nécessaires.

44 cas traités par ces seules tablettes ont guéri en 2 à 5 heures. Si on fait, en plus, des pulvérisations à la pénicilline les douleurs disparaissent en un jour et les signes cliniques en 2 jours (400 cas traités au total).

A. TOURAINE.

A. MERCAU, E. CARBONI et E. CHICHINO (Rosario). — **Périadénite muqueuse nécrotique et récidivante** (Peri-adenitis mucosa necrotica recurrente). *Rev. Argent. Dermatosifilolog.*, t. **30**, n° 1-2, janvier-juin 1946, p. 45-48.

Les auteurs rappellent la synonymie de cette maladie (aphte chronique, ulcère neurotique de la muqueuse buccale, aphte de Mikuliez) et sa rareté. Son étiologie est inconnue; Fordyce croit à une origine similaire à celle des tuberculides papulo-nécrotiques. Loblowitz pense à une participation neurotique. Plusieurs membres d'une famille peuvent être atteints. Le début se fait vers le commencement de l'âge adulte. La maladie commence par un nodule, petit, rougeâtre, dur, douloureux, de la muqueuse des lèvres, des joues ou de la langue, qui s'ulcère en quatre à six jours en laissant une dépression assez profonde. L'ulcération ne dépasse pas, en général, un centimètre de diamètre, avec des bords durs, en talus et sans tendance à l'hémorragie ni à la suppuration. Deux ou trois de ces ulcères peuvent apparaître en même temps, et se cicatrisent, sans complications en peu de jour; mais la récidive est la règle, et quelquefois pendant plusieurs années.

La malade présentée par les A. est une femme de 35 ans, mariée, sans antécédents d'importance. Elle porte à la muqueuse buccale sept ulcérations du type décrit, et une adénopathie sous-maxillaire bilatérale. Dans les lésions on ne trouve que des germes communs. La réaction de Mantoux est positive (+) à 1 0/00. La biopsie ne montre qu'un infiltrat banal du derme.

On ne trouve pas la disposition périglandulaire des infiltrats décrite par Sutton. Le traitement doit seulement viser aux soins de l'hygiène buccale, médication générale tonique. Le vaccin antivariolique a été préconisé mais les auteurs n'en ont pas tiré de bénéfice. JONQUIÈRES.

ALEXANDER A. CHARTERIS, M. B., Ch. B., D. P. H., F. R. F. P. S. — **Cancer des lèvres et son traitement par le radium** (Carcinoma of the lip and its Treatment by radium (1928-44). *British Medical Journal*, 1946, May 11 th, p. 719.

L'A. passe en revue les 242 cas traités et suivis et arrive à la conclusion que la radiumthérapie surtout par implantation est une méthode thérapeutique satisfaisante bien que le traitement des adénopathies cervicales secondaires soit encore un problème mal résolu. M. MANSOSUR.

FRANTZELL et coll. — **Examen de la langue** (Examination of the tongue). *British Medical Journal*, 1946, May 4th, p. 688.

Frantzell et ses collaborateurs ont examiné environ 1.500 langues et ont trouvé que les anomalies les plus fréquentes sont la sécheresse, la langue saburrhale et la langue lisse.

La langue sèche est due à la déshydratation. La langue saburrhale est due à un accroissement des papilles qui normalement sont usées par la mastication.

L'élargissement des papilles fungiformes donne l'aspect de la langue de la scarlatine.

Une langue lisse est due à une atrophie des papilles qui se voit le plus souvent dans les anémies hyperchromique et pernicieuse, mais aussi dans les décompensations cardiaques après pneumonie et certaines hyperthyroïdies.

Le traitement adéquat de ces maladies ramène un aspect normal de la langue en rétablissant l'oxygénation normale des cellules papillaires.

M. MANSOUR.

L. FABRE et M. PASCOT (de Montpellier). — **La tuberculose linguale (étude anatomo-clinique).** *Gazette des Hôpitaux*, année **119**, n° 1, 1er janvier 1946, pp. 5-6.

Courte, mais bonne revue d'ensemble sur la tuberculose linguale.

Se basant sur une statistique de plusieurs cas suivis par eux, les auteurs décrivent les différents aspects anatomo-cliniques de cette affection dont ils rappellent les principaux caractères :

— du point de vue anatomique, lésions *multibacillaires* : ulcération, tuberculose miliaire, abcès froid; lésions *paucibacillaires* : lupus vulgaire, lupus érythémateux, forme hypertrophiante;

— du point de vue clinique, formes *ulcéreuses* : ulcération en rhagade, ulcération large et profonde; *abcès froid* ou tuberculome, *lupus vulgaire*, *lupus érythémateux*, *tuberculose miliaire*, *forme papillomateuse* hypertrophiante, *plaque lisse* tuberculeuse (Sézary).

Ils insistent sur le rôle du terrain, les lésions s'observant principalement chez les tuberculeux pulmonaires cracheurs de bacille, sur le rôle du bacille de Koch dans la production et la morphologie des lésions, sur l'importance de la biopsie qui doit être pratiquée systématiquement dans tous les cas douteux et renouvelée s'il y a lieu, sur le mauvais pronostic d'une ulcération linguale survenant chez un tuberculeux pulmonaire, enfin sur la nécessité d'associer le traitement général de la tuberculose au traitement local, selon le type anatomo-clinique des lésions.

LUCIEN PÉRIN.

F. PARKES WEBER. — **Une ferme de languo mamelonnée** (A form of « mamillated tongue »). *Royal Society of Medicine (Sect. of Dermatology)*, 18 janvier 1945, in *The Bristish Journal of Dermatology and Syphilis*, vol. **57**, n° 9-10, septembre-octobre 1945, pp. 179-180, 1 figure. Bibliographie.

L'A. admet deux types de langue mamelonnée, tous deux médians, l'un vers la base de la langue (qui répond à la glossite losangique médiane de Brocq et Pautrier), l'autre sur la région distale (un cas rapporté chez un juif de 65 ans, diabéti-

que, à début en 1942). Il croit, pour les deux formes, à une dysplasie potentiellement congénitale mais pouvant n'apparaître qu'après la naissance. [L'A. ne signale pas les travaux de Sammet (*Radiology*, **32**, 1939, p. 215) et de Hansen (*Nord. Méd.*, 1940, p. 220) qui concluaient déjà dans le même sens pour la glossite losangique médiane. *An.*]. A. TOURAINE.

C. WHITTLE. — **Langue pileuse noire** (Black Hairy Tongue). *Roy. Soc. of Medic. Sect. of Dermat.*, 20 décembre 1945, *The British Journ. of Dermat. and Syphilis*, t. **58**, n°s 5-6, mai-juin 1946, p. 127.

♂, 32 ans, début depuis 6 mois. Les « cheveux » sont formés de cellules cornées dont certaines renferment des masses de corps levuriformes rangés en mosaïque. Cultures abondantes de Monilia.

Goldsmith rappelle l'association, probablement en symbiose, dans un cas personnel de 1928 de *Nocardia lingualis* et de *Cryptococcus linguae pilosae* que Ralph a retrouvée dans trois autres cas. A. TOURAINE.

M. BABER. — **Macroglossie amyloïde** (Amyloid macroglossia). *The Lancet*, t. **252**, n° 6, 8 février 1947, pp. 210-211, 5 figures. Bibliographie.

Ce type d'amylose, localisé à la langue, sans aucune autre atteinte viscérale, sans suppuration initiale, est très rare (10 cas réunis par R. WEBER, *Quart. J. Med.*, **6**, un cas personnel.

♂, 63 ans, dysphagie mécanique, non douloureuse, langue volumineuse, peu mobile, léger œdème sublingual, faible adénopathie sous-maxillaire, un peu d'œdème sous-glottique. Foie, rate normaux. Forte albuminurie. Mort par thrombose cardiaque. Autopsie : aucune amylose viscérale macroscopiquement ; quelques dépôts amyloïdes dans les glomérules rénaux ; abondants dépôts amyloïdes dans le tissu interstitiel de la langue.

A. TOURAINE.

M. ROCHETTE (St-Raphaël). — **Leucoplasies buccales.** *L'Hôpital*, année **35**, n° 547, février 1947, pp. 39-41.

Essai de revue générale, très insuffisant, ne renfermant aucune des données récentes sur la question. A ne pas lire. A. TOURAINE.

C. L. CUMMER. — **Leucokératose du voile du palais (forme papuleuse)** (Leucoplakia (Leukokeratosis of the palate (papular form)). *The Journ. Amer. Med. Assoc.*, **132**, n° 9, 2 novembre 1946, pp. 493-498, 7 figures. Bibliographie.

Revue générale de la question (leucoplasie à forme papuleuse de la voûte palatine) suivie de 5 cas personnels avec examen histologique. L'auteur insiste sur le rôle essentiel du tabac et en particulier de la pipe, tandis que celui de la syphilis ne paraît guère devoir être pris en considération. La transformation maligne paraît rare (aucun des cinq cas publiés). L. GOLÉ.

G. L. Robert ROBIN. — **Pour un traitement rationnel de l'angine de Vincent.** *Paris Médical*, année **35**, n° 28, 6 octobre 1945, pp. 309-311.

L'angine de Vincent, dont l'individualité est mise en doute par certains médecins, relève pour l'auteur de trois facteurs étiologiques associés dont la connaissance est nécessaire pour établir un traitement rationnel de l'affection :

le premier est un *saprophytisme buccal fuso-spirillaire*, cause spécifique de l'affection pour les classiques;

le deuxième est un *milieu anaérobie localisé*, favorisant la culture des fuso-spirilles à la faveur d'une lésion anatomique (crypte de l'amygdale), traumatique (corps étranger occulte) ou pathologique (amygdalite infectieuse);

le troisième est l'*hyporésistance momentanée de l'organisme* favorisant le développement de l'affection (dépression générale, carence vitaminique, etc.).

Le traitement à instituer découle de chacune de ces notions :

Contre les fuso-spirilles on instituera un *traitement spécifique* sous forme d'applications locales de *novarsénobenzol*, soit à sec, soit en solution glycérinée, ce produit représentant l'agent idéal (les injections intraveineuses de novarsénobenzol ne sont pas à conseiller). En dehors des arsénobenzènes l'auteur préconise avec Marinho et Monteiro, de Rio-de-Janeiro, le *bismuth* sous forme de sels oléo-solubles injectés par voie intramusculaire (7 centigrammes de bismuth-métal tous les 2 jours) ou de succinate de bismuth administré par voie rectale (5 centigrammes de métal actif par suppositoire, 2 à 3 fois par jour); [ce mode de traitement auquel il donne personnellement la préférence n'est pas toutefois sans surprendre quand on sait l'action biotropique exercée par le bismuth sur les fuso-spirilles et la fréquence des stomatites qui en résultent].

Contre le milieu anaérobie on instituera un *traitement local* : mise à plat de la lésion par des badigeonnages au *chlorure de zinc*, à l'*acide chromique* en solution saturée ou en solution à 5 o/o, renouvelés tous les 2 jours; bains de gorge ou grands lavages à l'*eau oxygénée* (3 cuillerées à soupe dans un demi-litre d'eau), au *perborate de soude*, etc....

Contre la déficience de l'organisme, on instituera un *traitement général* sous forme de *cacodylate de soude* en injections, de *vitamines A, B, C* (20 centigrammes d'acide ascorbique par jour), d'*huile de foie de morue*, de légumes verts, de fruits frais, d'orangeade, de citronnade, etc....

Le *traitement symptomatique* se bornera, en cas de douleurs trop violentes, à l'emploi d'analgésiques généraux (aspirine o gr. 50, 3 cachets par jour).

Le *traitement prophylactique* consistera à soigner l'hygiène de la cavité buccale (dentifrices au novarsénobenzol), à traiter les caries dentaires, les niches gingivales, les lésions traumatiques, les amygdalites, etc., à lutter contre la dénutrition par des cures de suralimentation avec vitaminothérapie.

On ne perdra pas de vue la possibilité d'une *affection concomitante* (diphtérie, syphilis, agranulocytose) que l'on recherchera dans tous les cas et que l'on traitera s'il y a lieu. LUCIEN PÉRIN.

BACLASSE, ENNUYER et FOLICHON. — **Présentation d'un appareillage destiné à la radiothérapie endobuccale à 100 KV et à courte distance.** *Soc. franç. d'Électro-Radiologie Médicale*, 10 décembre 1946.

Ce dispositif permet d'irradier les cancers limités et peu infiltrants des lèvres, du plancher de la bouche, de la partie antérieure des joues, des deux tiers antérieures de la langue mobile, de la voûte palatine.

On réalise ainsi une radiothérapie intermédiaire entre la pénétrante et celle de contact. A. TOURAINE.

8b. — *Muqueuse ano-génitale.*

N. MELCZER. — **La gangrène foudroyante des organes génitaux externes** (Die fulminante Gangrän der äusseren Geschlechtsorgane). *Act. Dermat. Vener*, vol. **25**, fasc. IV, février 1945, pp. 338-349, 3 figures. Bibliographie.

Melczer à l'occasion de 3 observations de gangrène à allures foudroyantes des organes génitaux externes, essaie d'établir des catégories dans l'ensemble des faits qui peuvent mériter ce nom, proposé par A. Fournier. Dans deux de ses 3 cas, l'A. a cultivé dans la sérosité des streptocoques; il s'agit donc d'une sorte d'éry-

sipèle gangréneux. Dans le 3e, il trouve le bacille gram négatif signalé par Milian (bacille de la gangrène cutanée). Ce sera une autre catégorie de gangrène foudroyante. Enfin, il croit qu'il y a lieu, en dehors de ces 2 catégories, de reconnaître une 3e espèce, qui serait due à l'association fuso-spirillaire.

Il place à part encore les gangrènes post-opératoires, qu'il attribue à l'association d'un virus filtrant avec d'autres microbes-virus qu'il n'a pas trouvé dans les catégories précédentes. A. Civatte.

J. Wigley. — **Balanitis xerotica obliterans.** *Royal Society of Medicine, Sect. of Dermatology*, 21 février 1946, in *The British Journal of Dermatology and Syphilis*, t. **58**, n° 9-10, septembre-octobre 1946, p. 240.

♂ de 41 ans. Depuis 3 ans poussées balano-préputiales de vésicules (herpès ?). Deux applications locales de 500 U. de thorium X, suivies à 24 heures, chaque fois, d'augmentation des douleurs et du gonflement. A la suite, adhérences entre le gland et le prépuce ; circoncision en août 1945, guérison très lente. Actuellement, atrophie en réseau du gland, symphyse des restes du prépuce.

Après avoir éliminé une radiodermite Wigley admet la *balanitis xerotica obliterans* de Laymon et Freeman (18 cas dans *Arch. of Derm. and Syph.*, t. **44**, 1941, p. 547, sans relation avec une circoncision antérieure, mais tous avec rétrécissement de l'urèthre; plus tard, in *Arch. of Derm. and Syph.*, t. **49**, 1944, p. 57, ils concluent à l'identité avec le lichen scléreux atrophique).

Prosser Thomas considère ce cas comme identique à celui qu'il a publié (*Brit. Journ. of Derm. and. Syph.*, t. **58**, p. 22) sous le nom de morphée du gland.

Brain pose le diagnostic de lichen scléreux (peut-être variété du lichen plan, en relation possible avec la morphée). A. Touraine.

X... — **Balanite** (Balanitis). *British Medical Journal*, 1946, May 25th p. 824.

Un chirurgien en retraite du corps enseignant donne le traitement suivant de la balanite à répétition.

Découvrir et envelopper le gland avec quelques tours d'une bande de gaze de 2 cm. 5 de large, faire tenir en nouant les bouts de la gaze coupée en deux. Le malade doit remettre la gaze dès qu'elle est déplacée pour une cause ou une autre. Ceci pendant quelques jours et tout rentre dans l'ordre en moins de temps qu'il ne faut à une circoncision par cicatrices.

L'A. dit qu'alors le prépuce reste rétracté et que le gland n'est plus sensible au frottement des vêtements et que la balanite ne se reproduit pas.

M. Mansour.

D. Miller et D. Mc Intyre. — **Maladie de Reiter : uréthrite, conjonctivite et arthrite** (Reiter's Disease : urethritis, conjunctivitis and arthritis). *Annals of internal Medicine*, octobre 1945.

Une observation personnelle détaillée : ♂ de 30 ans ; hématurie, fièvre, arthrite à 30 ans. Quelques jours plus tard, uréthrite avec cystite, pyélite, puis conjonctivite avec photophobie ; guérison en un mois ; toutes recherches négatives. 4 ans plus tard, uréthrite, cystite, arthrite, conjonctivite, forte fièvre avec hématurie. En 1937, brusque arthrite du coude gauche, puis hématurie, uréthrite, conjonctivite ; toutes recherches négatives sauf présence d'un streptocoque non hémolytique dans le sang. Il y a 6 mois, nouvelle uréthrite, conjonctivite et épisclérite modérées, forte uréthrite, arthrite métacarpo-phalangienne de l'index droit, douleurs dans les deux genoux, guérison en 3 semaines ; toutes recherches négatives. Aucune contamination vénérienne, comme dans 95 o/o des cas. Pas d'entérite alors que la polyarthrite entéritique avec uréthrite et conjonctivite a été observée avec une fréquence croissante dans les armées allemandes. A. Touraine.

Cl. Chippaux et J. Chippaux-Mateis. — **Le Trichomonas vaginalis chez la femme noire togolaise. Etude épidémiologique, clinique, pathogénique et thérapeutique.** *Médecine tropicale*, année **4**, n° 4, sept.-déc. 1944, pp. 269-300, bibliogr.

Excellente revue générale, très documentée, sur les vulvo-vaginites à trichomonas et sur leur parasite. Ce travail, très complet, devra être lu par tous ceux qui s'intéressent à cette question. A. Touraine.

R. Rouchy (Angers). — **Le muguet vaginal des femmes enceintes.** *Gazette médicale de France*, t. **52**, n° 23, 1er numéro de décembre 1945, pp. 446-447.

Après Le Blaye, Vayssière (1931), Waters et Cartwright (54 cas de muguet vaginal chez 500 femmes enceintes, en 1939). Rouchy insiste à propos de 10 cas personnels sur la fréquence du muguet vaginal, ses signes (brûlures, prurit vulvaire tenace, pertes, érythème, piqueté blanc, érosions, adénopathies). L'affection est rebelle aux divers traitements; outre le bicarbonate de soude, l'A. conseille les injections de nitrate d'argent à 1 p. 2.000 ou les badigeonnages à 1 ou 2 o/o.

A. Touraine.

V. Flandin. — **L'ulcération aiguë des organes génitaux externes de la femme au cours de la fièvre typhoïde.** *Thèse*, Paris, 1945, n° 20, Foulon, édit., 70 pages. Bibliographie.

Exposé d'une observation personnelle, au dixième jour d'une fièvre typhoïde, chez une jeune fille de 16 ans, sans bacille d'Eberth, ni B. crassus dans les deux ulcérations des petites lèvres. Rappel des observations analogues, au cours de la fièvre typhoïde, de Brulé (1932), Troisier (1934), Mordo (1939, avec lésions buccales), Lipschütz (1908), Assnin (1928 et 1932, 3 cas au total), Policaro (1937), Zanelli (1937), Berlin (1939).

A ce propos, description clinique et étude de laboratoire de ces ulcérations que l'auteur considère comme indépendantes de la fièvre typhoïde et qu'il rattache à l' « aphtose » de Touraine. A. Touraine.

Pierre Moulonguet. — **De la dystrophie vulvaire et vaginale dite « kraurosis vulvæ ».** *Paris Médical*, année **36**, n° 51, 21 décembre 1946, pp. 564-567.

Le *kraurosis vulvæ* est bien connu des dermatologistes. L'auteur en fait comme chirurgien une excellente étude d'ensemble et insiste avec raison sur un certain nombre de points peu ou mal connus qui méritent de retenir l'attention.

Après avoir rappelé son étiologie, liée, comme on sait, à la suppression de l'activité ovarienne (castration chirurgicale ou radiothérapique, ménopause), il trace un tableau clinique de l'affection, montrant à juste titre que la dystrophie n'est pas seulement localisée à la vulve mais qu'elle peut atteindre le fond du vagin, et insistant d'une façon particulière sur les différents troubles fonctionnels dont elle s'accompagne. Ces troubles fonctionnels, qui à un examen superficiel peuvent simuler d'autres affections, consistent selon les cas en sensations parfois extrêmement douloureuses de brûlure ou de déchirure, en pesanteur locale simulant la descente d'organes d'un prolapsus génital, en prurit vulvaire prêtant à confusion avec toutes les autres causes de ce syndrome, en leucorrhée ou en hémorragies faisant redouter à tort une tumeur, en troubles urinaires ou en dyspareunie liés à un prolapsus de la muqueuse uréthrale ou à la rétraction vulvaire.

La cancérisation du kraurosis, bien que classiquement admise, semble assez exceptionnelle, mis à part les cas de kraurosis invétérés, irrités par des thérapeutiques intempestives ou le grattage, et qui sont réellement des lésions précancéreuses. Parmi les causes locales favorisant l'apparition ou l'extension de la dystrophie, l'une des plus nettes est l'action du radium ou des rayons X s'exerçant sur des lésions de voisinage (cancer du col utérin, cancer anal) ou sur un kraurosis au début.

On sait l'inefficacité des thérapeutiques locales sur ces lésions. La diathermie est inutile; les radiations sont dangereuses. Les injections vaginales, les antiseptiques locaux, les savonnages, le contact de l'eau même doivent être déconseillés en raison de l'action nocive qu'ils exercent sur les muqueuses malades. L'auteur a obtenu par contre des résultats spectaculaires par le traitement hormonal qui constitue la thérapeutique de choix en pareil cas. Sous l'influence de 20 à 25 milligrammes de benzoate d'œstradiol injectés par voie sous-cutanée en l'espace d'un mois, il a vu les lésions régresser et les muqueuses reprendre rapidement leur aspect normal. Ultérieurement l'action de la folliculine doit être renouvelée par intervalles en vue d'éviter les récidives. Des applications locales de folliculine sous forme de pommade au dix-millième, continuées régulièrement, paraissent suffisantes pour consolider ces résultats. LUCIEN PÉRIN.

8c. — *Muqueuses diverses.*

Ch. THOMAS. — **La conjonctivite de Parinaud.** *La Semaine des Hôpitaux*, année **22**, n° 7, 21 février 1946, pp. 276-279.

Revue générale de la question dans laquelle l'A. envisage l'origine lymphogranulomateuse (maladie de Nicolas-Favre) de l'affection d'après les cas de Bollack (1936), Appelmans (1938), Hoshimoto (1937).

Plus récemment certains cas (1 observation de l'auteur ici exposée, cas de P. Morax, en 1938) peuvent être rapportés à la maladie de Besnier-Bœck-Schaumann. Certains, enfin (1 observation personnelle) paraissent devoir maintenir son individualité à la conjonctivite de Parinaud. A. TOURAINE.

9a. — *Appareil pilo-sébacé.*

E. GALLERAND et E. JUSTER. — **Certaines affections du cuir chevelu, sont actuellement en recrudescence : aspect clinique, conséquences pratiques.** *La Presse Médicale*, année **54**, n° 31, 6 juillet 1946, p. 449.

L'alopécie syphilitique (en clairière ou monosymptomatique du type alopécie infectieuse banale) a été plus fréquemment observée. En rapport avec les perturbations endocrino-sympathiques on a noté une augmentation considérable des cas de pelade (3 fois plus qu'en 1939 à la même consultation). Les mauvaises conditions hygiéniques expliquent la fréquence de la pédiculose dans toutes les classes sociales, des teignes dans les agglomérations d'enfants. Les produits de nettoyage (savons, shampooings), de mauvaise qualité ont pu déterminer de nombreuses hécophiloses, et les acnés polymorphes dus aux brillantines sont d'observation assez fréquente. Les alopécies séborrhéiques et pityriasiques n'ont guère été modifiées; aggravées cependant dans quelques cas du fait de l'impossibilité de les traiter.

H. RABEAU.

Le Gérant : G. MASSON.

DÉPÔT LÉGAL : 1947, 3e TRIMESTRE, N° D'ORDRE 533, MASSON ET Cie, ÉDITEURS, PARIS
BARNÉOUD FRÈRES ET Cie, IMPRIMEURS (31.0566). LAVAL, N° 701. — 7-1947.

TRAVAUX ORIGINAUX

LA PAPILLOMATOSE PAPULEUSE CONFLUENTE ET RÉTICULÉE

(Nouveau et sixième cas)

Par MM. H. GOUGEROT et A. CARTEAUD
(Histologie par B. DUPERRAT)

Depuis le premier cas que nous avons présenté à la Société de Dermatologie, en novembre 1927 (1), il nous a été donné d'observer un deuxième et un troisième malades, en mars et avril 1928 (2). L'étude d'ensemble de cette nouvelle dermatose rare a servi de thèse inaugurale à l'un de nous (3) ; elle a été reprise dans les *Archives dermato-syphiligraphiques de la Clinique de l'Hôpital Saint-Louis* de mars 1929 (4), et, en 1932, à la demande du Prof. Joseph Jadassohn, dans les *Arch. für Dermatologie und Syphilis* (5).

Une quatrième et une cinquième observations ont été publiées depuis cette époque :

— la quatrième est nord-américaine et a été suivie, en septembre 1937, par Fred Wise et Wilbert Sachs, de New-York (6). Ces auteurs, sous le titre de « Cutaneous Papillomatosis ; Papillomatose confluente et réticulée » ont fait une étude minutieuse d'une jeune fille de 23 ans chez laquelle la dermatose avait débuté vers l'âge de 16 ans. La papillomatose était cliniquement identique à notre observation princeps et l'histologie superposable à l'étude qu'en avait faite notre chef de laboratoire, Olga Eliascheff, en 1927. Le travail de Wise et Sachs est illustré de photographies montrant « l'étonnante similitude » de leur cas avec nos cas précédents ;

— la cinquième observation, toute récente, est due à A. Touraine et Vissian (7). Ces auteurs ont présenté, sous le nom de « Papillomatose con-

(1) H. GOUGEROT et A. CARTEAUD. Papillomatose pigmentée innominée. *Société fr. de Dermatologie et de Syphiligraphie*, novembre 1927.

(2) H. GOUGEROT et A. CARTEAUD. Papillomatose pigmentée innominée. *Société fr. de Dermatologie et de Syphiligraphie*, mars 1928.

H. GOUGEROT et A. CARTEAUD. Troisième cas de papillomatose pigmentée papuleuse et réticulée. *Société fr. de Dermatologie et de Syphiligraphie*, avril 1928.

(3) A. CARTEAUD. Papillomatose confluente et réticulée. *Thèse Paris*, 1929. Maloine, éditeur.

(4) Dermatose nouvelle : papillomatose confluente et réticulée. *Archives dermato-syphiligraphiques de la Clinique de Saint-Louis*, n° 1, mars 1929, p. 102 (8 figures).

(5) H. GOUGEROT et A. CARTEAUD. Neue Formen der Papillomatosen. *Archiv. für Dermatologie und Syphilis*, 1932, p. 232.

(6) FRED WISE and WILBERT SACHS. Cutaneous Papillomatosis. *Archives of Dermatology and Syphilology*, septembre 1937, p. 475.

(7) A. TOURAINE et VISSIAN. Papillomatose confluente et réticulée (maladie de Gougerot et Carteaud). *Société fr. de Dermatologie et Syphiligraphie*, 13 juin 1946.

Publication périodique mensuelle.



Fig. 1. — Sixième cas de papillomatose papuleuse confluente et réticulée. — Vue d'ensemble montrant bien la disposition depuis l'espace intermammaire jusqu'au pubis (photographies de M. Maire. Musée de l'Hôpital Saint-Louis).



Fig. 2. — Détail de la figure précédente, montrant les papules isolées, confluentes en nappes ou en réticulum.

fluente et réticulée, maladie de Gougerot et Carteaud », le cas d'un jeune garçon de 6 ans : début vers l'âge de 2 ans, papules confluentes et de topographie semblable à celle de toutes les autres observations connues.

La loi des séries semble nous avoir favorisés, car quelques semaines plus tard, nous observions, dans ce même Hôpital Saint-Louis, un nouveau et sixième cas de Papillomatose confluente et réticulée.

*

* *

Observation. — N° 147.209. Cette jeune fille, âgée de 19 ans 1/2, a vu les premières lésions débuter vers l'âge de 16 ans, par quelques taches *café au lait*, sur le devant de la poitrine, entre les seins et sur l'abdomen au-dessus de l'ombilic. Ces taches étaient, dit la malade, lisses et faiblement squameuses, mais il s'agit là de renseignements vagues et imprécis. Progressivement, les taches se sont multipliées, sont devenues saillantes et ont conflué en nappes pigmentées. Le 22 juin 1946, cette dermatose pouvait simuler, grossièrement vue de loin, un pityriasis versicolor, et le curettage arrivait du reste à détacher, en certains points, de très fines squames, mais l'examen de contrôle de ces dernières montrait l'absence de *Malassezia furfur*. Du reste, l'examen de plus près prouve que la lésion élémentaire n'est pas une macule mais une papulette, de 3 à 5 millimètres de diamètre, brun foncé, de coloration rappelant celle d'un cuir fauve, du moins pour les lésions intermammaires, car les papules des parties latérales du cou et du dos sont d'une teinte plus claire, « café au lait ». Un palper délicat les révèle rugueuses, finement granitées, épaissies, sauf au cou et au bras gauche où les lésions sont jeunes et débutantes.

La topographie de la dermatose est celle de toutes les observations précédentes : le maximum des lésions est intermammaire, dessinant là une nappe losangique à grand axe médian suivant la ligne sterno-xyphoïdo-ombilicale; c'est près de la xyphoïde que les placards sont les plus foncés, que le tégument est le plus rugueux au toucher, que l'épaississement de la peau est le plus net avec ses vagues épidermiques horizontales saillantes et marquées. De ce placard principal essaiment, au-dessus des seins, deux nappes latérales qui vont en s'estompant insensiblement avec la peau saine vers les clavicules et s'arrêtent latéralement près du sillon deltopectoral. En bas, le placard intermammaire se prolonge autour et sous l'ombilic. Tout autour sont disséminés des éléments aberrants, disposés en archipel, faits de petites plages papuleuses et réticulées, dessinant des anneaux incomplètement fermés de 10 à 12 millimètres de diamètre.

Aux parties latérales de la région antérieure du cou, la papillomatose s'étale en nappes peu épaisses, faites de stries parallèles, couleur « café au lait ».

Dans le dos, la papillomatose est plus étendue, dessinant un vaste losange à grand axe vertical superposé à la colonne vertébrale et à petit axe horizontal interscapulaire, losange s'étendant de la nuque au sommet de la ligne interfessière. Cette nappe est moins foncée et moins épaisse que la nappe antérieure et il n'existe pas d'éléments aberrants à sa périphérie.

Au creux de l'aisselle droite, on aperçoit un certain degré d'hypertrophie papillaire en nappe avec épaississement du tégument et saillies nettes des crêtes épidermiques. Cet état daterait d'un an. L'aisselle gauche est intacte.

Enfin, sur la face externe du bras gauche, à 10 centimètres du moignon de l'épaule, la peau examinée à jour frisant apparaît plissée et légèrement pigmentée sur une zone de 30 millimètres sur 20 millimètres. La malade dit qu'elle croit que toutes les autres lésions avaient à leur début cet aspect. Si ce fait est exact (?) le mode de début de la papillomatose différerait de celui de nos premières observations pour lesquelles la lésion initiale nous a paru être une papule de 1 à 3 millimètres de diamètre.

Cette jeune fille, sans antécédents personnels ni héréditaires, sans stigmates d'hérédo-syphilis, paraît être en bonne santé; toutefois, elle souffre de temps à autre de crises d'urticaire déclenchées par certains aliments difficilement digérés. Réglée à 12 ans 1/2, les règles sont normales en quantité et en durée, mais parfois avec 10 à 15 jours de retard. Le corps thyroïde est légèrement augmenté de volume et les globes oculaires sont peut-être un peu saillants. Cependant le cœur bat à 72, la tension est de 12-8 au Vaquez, et l'on ne sent pas de tremblement des doigts. La malade est, par contre, assez nerveuse, émotive, pleurant facilement à l'occasion de motifs futiles. Elle a un frère et une sœur en parfaite santé, ainsi que son père et sa mère, et personne de sa famille n'a de maladie de peau.

L'évolution est chronique « fixe ». Un traitement local à la vaseline salicylée s'est montré totalement inopérant. Depuis le 19 octobre, cette jeune fille suit une thérapeutique pluri-glandulaire faite de surrénale, hypophyse et ovaire.

Histologie. — Épiderme : squames orthokératosiques; granuleuse un peu épaissie; hyperacanthose inégalement répartie avec minimes différences de taille des noyaux (en certains points, il y a l'ébauche de bourgeons arrondis s'enfonçant dans le derme); la basale est soulignée d'une vitrée épaisse; elle est richement pigmentée.

Quelques infiltrats histiocytaires dermiques, répartis exclusivement autour des vaisseaux (B. Duperrat).

RECHERCHES MYCOLOGIQUES DANS UN CAS DE « MYCÉTOME » DU PIED A GRAINS NOIRS

(*Mortierella mycetomi*)

Par les Docteurs

S. NICOLAU et R. EVOLCEANU

Ancien professeur de Dermatologie à la Faculté de Médecine de Bucarest.

Assistant de clinique.

Sous le nom de *mycétome* on désigne, comme l'on sait, une affection inflammatoire chronique de la peau et, très souvent, des tissus sous-jacents plus profonds, de nature cryptogamique.

Localisée habituellement au pied, d'où le nom de « Pied de Madura » sous lequel on la désigne encore, suivant le nom de la localité où elle a été premièrement observée, l'affection se traduit au début par une tuméfaction rouge-foncé de la région malade. Dans cette masse inflammatoire il ne tarde pas à se développer un ou plusieurs nodules qui suppurent tour à tour et s'ouvrent à l'extérieur par des orifices fistuleux, donnant issue à une matière purulente au milieu de laquelle on peut voir les grains caractéristiques de la maladie ; ces grains peuvent être, suivant les cas, de couleur blanche, noire, jaune ou rouge.

Du point de vue mycologique, le mycétome ne représente pas une entité étiologique stricte, dans le sens que le tableau clinique de l'affection peut être réalisé par des parasites cryptogamiques appartenant aux genres les plus divers.

Les parasites isolés jusqu'à présent des mycétomes peuvent être ramenés à deux catégories plus importantes : une première se rapportant à des germes appartenant au genre *Actinomyces* et une seconde, plus importante, représentée par des mucédinées d'un ordre plus élevé, caractérisées par des filaments plus épais, ramifiés et très souvent générateurs de « chlamydospores ». La majorité des parasites compris dans ce dernier groupe appartient aux genres *Indiella* et *Madurella*, tous les deux créés par Brumpt.

Mais, à part les cas rentrant dans les deux groupes précités, on connaît encore un important nombre de faits dans lesquels on a pu isoler, sporadiquement, des parasites appartenant à des genres très éloignés d'eux, parmi lesquels nous citons l'*Allescheria*, l'*Aspergillus*, le *Glenospora*, le *Penicillium*, le *Scedosporium*, le *Sterigmatocystis*, le *Torula* et le *Mucor*.

Ayant eu l'occasion d'observer un cas de mycétome du pied, nous croyons intéressant de relater ici, après un court exposé clinique et anatomo-pathologique du cas, le résultat des recherches mycologiques que nous avons entreprises en vue de l'identification du parasite isolé.

Observation. — Femme âgée de 48 ans, ouvrière agricole originaire d'un village du district Ialomitza, entre au mois de décembre 1940 dans le service de la Clinique dermatologique pour une tumeur fistulisée du pied gauche.



Fig. 1. — Mycétome du pied.

Ses antécédents sont sans intérêt par rapport à l'affection actuelle. La maladie est apparue il y a 4 ans sous la forme d'une petite nodosité sur le dos du pied gauche au niveau du métatarse. Elle ne peut préciser si la lésion en question s'est développée à la suite d'une piqûre. La chose reste cependant possible, vu qu'elle avait l'habitude de marcher souvent les pieds nus. Une année plus tard, la nodosité qui, entre temps, avait atteint les dimensions d'une noix, fut extirpée chirurgicalement dans un hôpital de province. La plaie opératoire s'est cicatrisée par première intention et tout paraissait être rentré dans l'ordre quand, au bout de quelques mois, la lésion récidiva et ne fit que s'agrandir par la suite par l'adjonction de nouveaux nodules qui se fistulisèrent à leur tour.

A son entrée dans la clinique, on pouvait faire les constatations suivantes : la moitié antérieure du dos du pied gauche était le siège d'une tuméfaction rouge-brun, à surface irrégulière, mamelonnée, faisant, dans ses parties les plus saillantes, un relief de 2 cm. 1/2-3 centimètres et parsemée de 5 orifices fistuleux boutonnés, entourés d'une aréole violacée. La tuméfaction se prolongeait également vers le second orteil, dont la moitié postérieure, infiltrée et épaissie, était presque doublée de volume par rapport à sa moitié terminale (fig. 1).

A la palpation, la tumeur se révélait comme étant constituée par un certain nombre de lobules contigus, rénitents ou, p r endroits, légèrement fluctuants, le tout formant un paquet adhérent à la peau et aux tissus sous-jacents. A la pression, les fistules donnaient issue à une quantité modérée de séro-pus, mais sans aucune expulsion de grains. La lésion n'était que modérément sensible au toucher, mais elle n'était pas sans causer une certaine gêne dans la marche.

Rien sur le reste de la peau du pied ou sur le reste du corps. Pas d'adénopathie crurale correspondante. État général bon. Aucune lésion viscérale appréciable. Urine normale. Les réactions sérologiques *fortement positives.*

Le diagnostic qui s'imposait dès le premier abord était celui de mycétome du pied, mais l'absence de grains dans le pus des fistules et de mycélium dans les frottis rendait ce diagnostic de première impression quelque peu hésitant. Impressionnés d'autre part par l'intense positivité des réactions sérologiques que la malade présentait, nous crûmes devoir la soumettre avant tout à un traitement antisyphilitique d'épreuve au bismuth et au néosalvarsan. Le traitement en question étant resté sans aucun effet sur la lésion, nous revinmes à notre premier diagnostic et, afin d'élucider le problème, nous nous décidâmes de recourir à la biopsie.

Un premier nodule fluctuant extirpé montrait à la section, en son centre, une sorte de cavité grosse comme une noisette, à l'intérieur de laquelle baignaient, au milieu d'une masse purulente, 6 grains de couleur noir-foncé, gros comme des grains de millet, de consistance ferme, arrondis, mais à surface légèrement granuleuse. Un second nodule non suppuré, extirpé quelques jours plus tard, montrait lui aussi, enfermés dans une cavité centrale, un certain nombre de grains agglomérés, du même aspect et dimensions que ceux déjà mentionnés. Notons encore, en plus, l'existence de quelques grains plus petits, emprisonnés dans l'épaisseur même du tissu. Le diagnostic de mycétome ne faisait donc plus de doute.

Une partie du matériel extirpé a été utilisé pour l'examen anatomo-pathologique et une autre pour des recherches mycologiques.

I. — Étude anatomo-pathologique

Le processus pathologique, qui occupe le derme et une bonne partie de l'hypoderme, est constitué par un tissu de granulation, parcouru par de nombreux vaisseaux dilatés de néoformation.

Du point de vue cytologique et de la prédominance des types cellulaires suivant les points considérés, on peut distinguer dans ce tissu deux zones : une, interne, constituée par des cellules du type épithélioïde, parmi lesquelles il existe de nombreuses cellules géantes, et une autre, externe, plus polymorphe, constituée par des lymphocytes, des cellules plasmatiques et des cellules réticulo-endothéliales, dont un certain nombre sont chargées de pigment hématique.

Dans les coupes provenant du nodule plus avancé, déjà fluctuant, la zone centrale de la lésion, à part les éléments parasitaires, sur lesquels nous

reviendrons dans un instant, contient en plus un grand nombre de polynucléaires et des éléments cellulaires plus ou moins dégénérés.

Autour des nodules on constate une forte réaction conjonctive avec tendance à l'encapsulation.

Dans la partie centrale des nodules, on voit, au milieu de l'infiltration cellulaire décrite, des nids parasitaires constitués de filaments mycéliens disposés le plus souvent parallèlement, dont quelques-uns sont nettement ramifiés. Excepté un certain nombre de filaments qui paraissent vides et dépourvus de tout cloisonnement, la plupart d'entre eux montrent à leur intérieur des petites formations arrondies, ne dépassant pas, comme dimension, l'épaisseur du tube mycélien et disposées à la file, les unes à côté des autres comme des arthrospores. A part les petits éléments conidiens décrits, on observe encore d'autres formations arrondies, bien plus grosses, mesurant 5-8 μ de diamètre, du type chlamydospore, situées à distances inégales dans l'épaisseur même des filaments mycéliens et parfois, à leur extrémité, comme élément terminal. Par places, on peut voir plusieurs de ces grosses formations libres, sans connexions visibles avec les filaments, réunies en amas, constituant des nids de chlamydospores et donnant l'impression d'une véritable fructification locale chlamydosporique.

Au contact du parasite avec le tissu environnant, on n'observe aucune formation spéciale, tels que renflements en raquette des extrémités, comme dans l'actinomycose.

II. — Culture du parasite

Les ensemencements pratiqués avec le pus extrait par ponction, à la seringue, des nodules fluctuants, ainsi qu'avec de fragments de grains récoltés des pièces biopsiées, ont donné, sur l'agar maltosé de Sabouraud, des cultures pures dans tous les tubes employés.

Le développement de ces premières cultures a été cependant plutôt lent et discret. Ainsi, dans les tubes ensemencés avec du pus, les cultures n'étaient visibles qu'au bout de 10 jours, sous la forme d'une petite colonie arrondie, grisâtre, légèrement surélevée et à surface lisse, développée dans le voisinage du liquide de condensation. Le développement était encore plus tardif dans les tubes ensemencés avec du matériel provenant de grains, les cultures n'ayant fait leur apparition qu'au bout de 15 jours seulement.

L'acclimatement du parasite sur les milieux artificiels s'est opéré cependant assez vite, car les transplantations ultérieures se développèrent de plus en plus rapidement sur tous les milieux sucrés, tant à l'étuve qu'à la température du laboratoire.

Nous prendrons comme type de description l'aspect d'une culture sur agar maltosé (maltose Schering) (*), en matras d'Erlenmeyer, développée à la température du laboratoire (fig. 2).

(*) Les conditions créées par l'état de guerre nous ayant empêché de nous procurer la maltose « Chanut », préconisée par Sabouraud, comme milieu sucré standard pour la différenciation des espèces dermatophytiques, nous avons utilisé la maltose Schering, le seule que nous ayons eue à notre disposition.

Dès les premiers jours, il commence à se développer, au niveau du point de transplantation, un bouton surélevé, à surface convexe et légèrement duveteux. La culture continue à pousser vite, excentriquement, atteignant au bout de 25 jours 6 à 8 centimètres de diamètre. Envisagée à ce moment, elle se présente comme un disque arrondi, fort peu surélevé, dont la surface est couverte d'un fin dépôt pulvérulent gris-verdâtre, mêlé de points pigmentés bruns.

La colonie présente en même temps à sa surface une succession de 3 cercles concentriques par rapport au bouton central, dont les deux premiers sont très rapprochés l'un de l'autre, tandis que le troisième, plus distant,

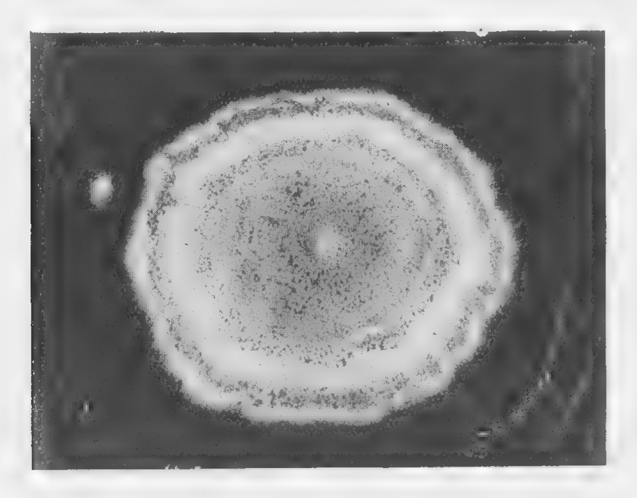


Fig. 2. — Aspect d'une culture de 25 jours sur agar maltosé.

confine à la périphérie de la culture. Au niveau des cercles, qui sont légèrement surélevés, le poudrage est moins fin que sur le reste de la colonie, étant composé de grains plus gros, vaguement duveteux. Le contour de la colonie n'est pas parfaitement circulaire, mais légèrement festonné, émettant en même temps de petites denticulations radiculaires.

Tout autour de la colonie, le milieu se pigmente rapidement, tant en surface qu'en profondeur, en brun acajou foncé. Regardée par transparence, la base de la colonie nous apparaît également pigmentée. Avec le temps, le pigment sécrété par le parasite finit par envahir toute l'étendue du milieu de culture.

Sur *agar glycosé*, l'aspect des cultures est presque pareil, à la seule différence que le poudrage de la surface est de nuance blanche.

Sur *agar au miel*, développement pauvre. La surface des colonies est lisse, luisante et exempte de poudrage. Pas de développement de pigment.

Bouillon maltosé. — Au bout de 8 jours, les tubes montrent des formations floconneuses grisâtres, soit flottantes dans la masse du liquide, soit

tombées au fond du tube, soit, enfin, accolées à la paroi comme une sorte de membrane floconneuse. Pas de développement de pigment. L'aspect est pareil à l'étuve qu'à la température du laboratoire.

Gélatine. — Au bout de 24 heures (température 19°), le milieu est complètement liquéfié. Une dizaine de jours plus tard, il s'est développé, dans la partie supérieure du milieu, des formations floconneuses enchevêtrées, de couleur grisâtre. Pas de pigment.

Pomme de terre. — Au bout de 3 jours, on constate, au point ensemencé, l'existence d'une petite colonie arrondie mesurant 3 millimètres de diamètre, à surface irrégulière et couverte d'un fin poudrage blanc-grisâtre. Le fait particulier à signaler est l'apparition, en plusieurs points de sa surface, d'un certain nombre de formations globuleuses (4 à 6 suivant les tubes), parfaitement arrondies, de la grandeur d'un grain de chènevis, à surface lisse et suisante, de couleur noire, et présentant une ressemblance frappante avec les grains noirs des lésions (fig. 3). Microscopiquement, ces formations sont constituées par un enchevêtrement serré de filaments mycéliens, présentant un certain nombre de chlamydospores sur leur trajet. C'est la première fois, croyons-nous, qu'on a pu observer, dans un milieu artificiel, le développement de grains pareils à ceux des lésions.

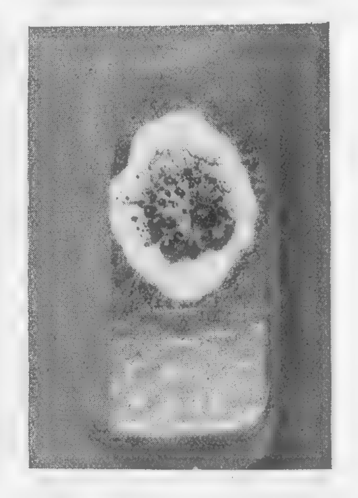


Fig. 3. — Culture de 10 jours sur pomme de terre. On y voit un certain nombre de grains noirs, pareils à ceux des lésions.

Forme pléomorphique. — Dans les cultures âgées de 5 à 6 semaines, sur agar maltosé en matras d'Erlenmeyer, on voit parfois, vers la partie centrale, un peu de duvet blanc clairsemé qui, examiné au microscope, montre des filaments mycéliens de grosseurs variables, sans d'autres formations.

III. — Étude mycologique microscopique du parasite

Afin de préciser les caractères culturaux microscopiques du parasite isolé, nous avons pratiqué le procédé classique des cultures en goutte pendante (cellule de Van Tieghem).

Comme milieu de culture, nous nous sommes servis du bouillon maltosé (maltose 4 grammes, peptone 1 gramme, eau distillée 100 grammes) et de la décoction d'orge (30 grammes de grains d'orge pour 100 grammes d'eau). Disons, dès le début, que c'est le dernier de ces milieux qui nous a donné le plus de satisfaction dans le but poursuivi.

A. — *Bouillon maltosé.*

A la température du laboratoire (18° — 22°), les cultures en goutte pendante commencent à pousser dès le 3e jour, mais elles n'atteignent leur plein développement que vers le 12e ou le 15e jour. On constate, à ce moment, un feutrage composé de filaments mycéliens de 4 à 6 μ d'épaisseur, émettant, à distances inégales, des ramifications latérales, généralement longues, dont il est difficile de poursuivre le trajet. Un certain nombre de rameaux latéraux restent cependant courts et, dans ce cas, il n'est pas rare de les voir émettre, dans le voisinage de leur extrémité libre et d'un seul côté seulement, des petits prolongements latéraux, droits ou légèrement incurvés vers leur extrémité libre, inégaux comme longueur et disposés parallèlement, rappelant jusqu'à un certain point les formations pectinées des Microsporums. Par endroits, l'extrémité libre de certains filaments a une tendance à s'incurver et à exquisser une sorte de contournement qui n'arrive cependant jamais à dessiner un cercle complet (ébauche de formation en spirale).

Dans les premières cultures pratiquées, les filaments mycéliens se présentaient comme des tubes simples, sans aucune trace de segmentation, cette dernière ne faisant son apparition qu'après plusieurs repiquages. Dans cette condition, les filaments mycéliens commencent à présenter des septums situés à distances inégales, généralement assez grandes, qui les divisent en segments rectangulaires, dont la longueur mesure 7 ou 8 fois l'épaisseur du filament. Au cours des repiquages successifs, les septums de certains filaments deviennent de plus en plus rapprochés, les segments en résultant affectant de ce chef, une forme carrée, en même temps que leur protoplasma devient plus granuleux.

Une formation constante, qu'on trouvait ici en abondance, dès le début, était celle des chlamydospores. Elles se présentaient sous l'aspect de formations arrondies ou ovalaires, mesurant 9 à 12 μ de diamètre et quelquefois davantage, intercalées à distances inégales dans l'axe du filament ou bien bombant parfois latéralement d'un côté ou d'un autre. On pouvait aussi parfois observer des chlamydospores situées à l'extrémité libre des filaments, comme élément terminal.

Signalons encore, l'existence d'une formation plus à part, le sporange, que nous ne faisons que signaler ici, et sur la description duquel nous nous réservons de revenir plus bas, avec tous les détails nécessaires, en parlant des cultures sur décoction d'orge, milieu sur lequel ces formations atteignent leur plus grand développement.

Les cultures diffusent dans le milieu un pigment brunâtre.

B. — *Culture en goutte pendante sur décoction d'orge.*

Les cultures sur ce dernier milieu nous ont permis de faire des observations bien plus intéressantes pour la caractérisation mycologique du parasite.

Nous retrouvons toujours sur ce milieu le même feutrage mycélien constitué par des filaments cloisonnés, émettant, latéralement et sous des incidences variables, des ramifications secondaires de longueurs variables. Notons cependant, comme particularité nouvelle, l'existence dans certains filaments, surtout parmi ceux occupant les parties périphériques des cultures, de formations arrondies, de véritables *endospores*, soit à l'état d'individus isolés et séparés entre eux par des distances plus ou moins grandes, soit situées les unes à côté des autres, en chapelet, le filament affectant en ces endroits un aspect moniliforme.

Les formations pectinées, signalées seulement à l'état d'ébauche sur le milieu précédent, sont ici plus fréquentes et, pour ainsi dire, mieux exprimées.

En ce qui concerne les chlamydospores, tellement abondantes sur le milieu maltosé, elles ne semblent pas trouver ici des conditions tout aussi favorables à leur développement. Quoi qu'il en soit, sur ce dernier milieu on ne les retrouve pas dans toutes les cultures et même là où elles sont présentes, elles sont rares et peu développées. En échange, sur décoction d'orge, les sporanges, déjà mentionnés sur le milieu précédent, atteignent un plus ample développement ; il en était de même des formations en spirales observées elles aussi, mais à l'étude d'esquisse seulement, sur le milieu précédent.

a) *Sporanges.* — Voici les observations que nous avons pu faire relativement à l'apparition et au mode de développement de cet organe. A partir du 9e jour environ, les filaments mycéliens, surtout ceux situés à la périphérie des cultures, commencent à émettre, de distance en distance et toujours au milieu d'un segment cellulaire, un petit bourgeon latéral arrondi, mesurant approximativement 4 à 5 µ et présentant au début l'apparence d'une conidie externe. Quand le phénomène se produisait au niveau des filaments sporulés, le bourgeon en question se développait aux dépens d'une endospore. Ces petits bourgeons s'allongent et ne tardent pas à prendre la forme d'un court filament secondaire étroitement cloisonné qui peut rester à l'état unique ou bien se bifurquer à son extrémité libre en deux rameaux secondaires. Leur forme n'est pas toujours régulièrement cylindrique et leur épaisseur va souvent en s'amincissant vers leur extrémité libre. Les filaments décrits, qui restent très courts, ne dépassant généralement par 60 µ, constitueront l'organe générateur et le support du futur sporange (fig. 4).

En effet, à l'extrémité libre du petit filament dressé du thale, ne tarde pas à apparaître un renflement arrondi, dépassant à peine au début l'épaisseur du filament qui le porte. Ce renflement s'agrandit petit à petit pour se transformer en une formation globuleuse, parfaitement sphérique, pouvant atteindre, suivant l'âge, des dimensions variables depuis 8 jusqu'à 30 et 40 µ et même davantage. C'est là le sporange arrivé à con complet développement. Quand le pédoncule mentionné se bifurque, chacune de ses divisions devient le support d'un sporange, ces formations se trouvant

ainsi accouplées par deux. Nous n'avons jamais observé plus de deux sporanges réunis sur une même branche principale (sporangiophore). On pouvait voir cependant, par endroits, plusieurs pédoncules sporangifères s'insérant très près les uns des autres, constituant de véritables houppes (fig. 4).

Le filament sporangifère présente toujours à son extrémité supérieure, au point d'insertion du sporange, une sorte de renflement, dont la convexité supérieure imprime à la base du sporange une légère dépression

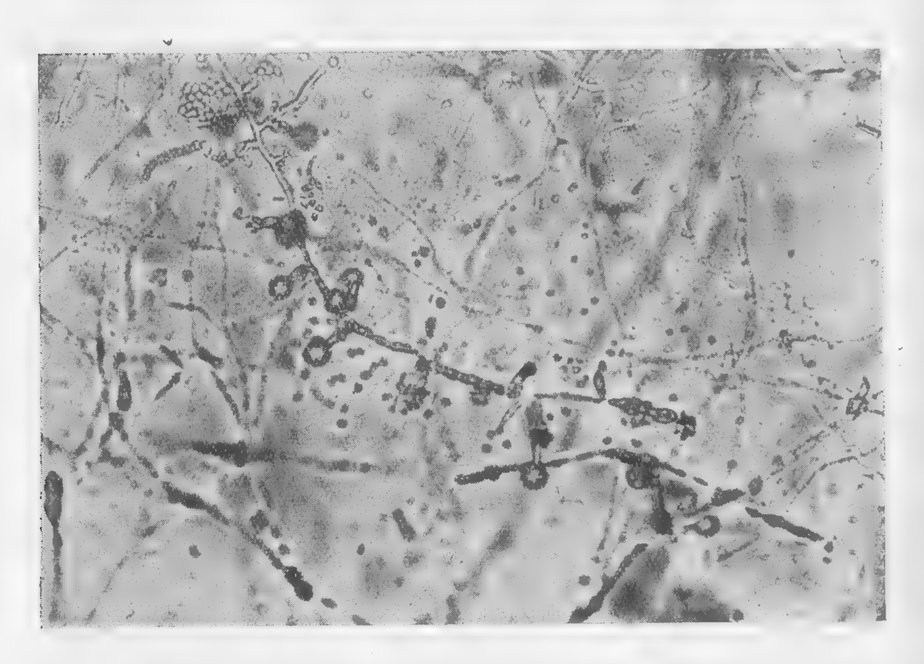


Fig. 4. — On peut voir un grand nombre de petits sporanges développés de chaque côté du filament. Dans l'angle supérieur gauche de la préparation, on peut voir deux sporanges dont la membrane enveloppante est disparue, laissant à l'état nu l'agglomérat de spores.

cupuliforme, sans toutefois pénétrer dans son intérieur et *sans dessiner la moindre formation qui pourrait être interprétée comme columelle.*

La membrane fine et absolument lisse, qui constitue la paroi des sporanges, laisse voir, par transparence, à leur intérieur, des spores arrondies, translucides, mesurant approximativement 3 à 4 μ, situées l'une sur l'autre et remplissant complètement la cavité sporangique. Le nombre des spores est naturellement en rapport avec la grandeur de la formation qui les contient. Dans les gros sporanges, nous avons pu compter jusqu'à 70 ou 80 spores (fig. 5).

La membrane, qui entoure le sporange, semble assez peu résistante car, à un moment donné, elle finit par fondre et disparaît sans laisser aucune trace, mettant ainsi en liberté les spores qu'elle enfermait. Particularité à noter, les spores, quoique devenues libres, ne s'éparpillent pas immédiatement, mais continuent de rester encore un certain temps sur place, sous l'aspect d'un agglomérat mûriforme, parfois encore fixé au support sporangifère, comme si elles étaient retenues par une substance intermédiaire. Au bout d'un certain temps, l'agglomérat commence à se désagréger, en commençant par ses parties périphériques, et les spores finissent par se

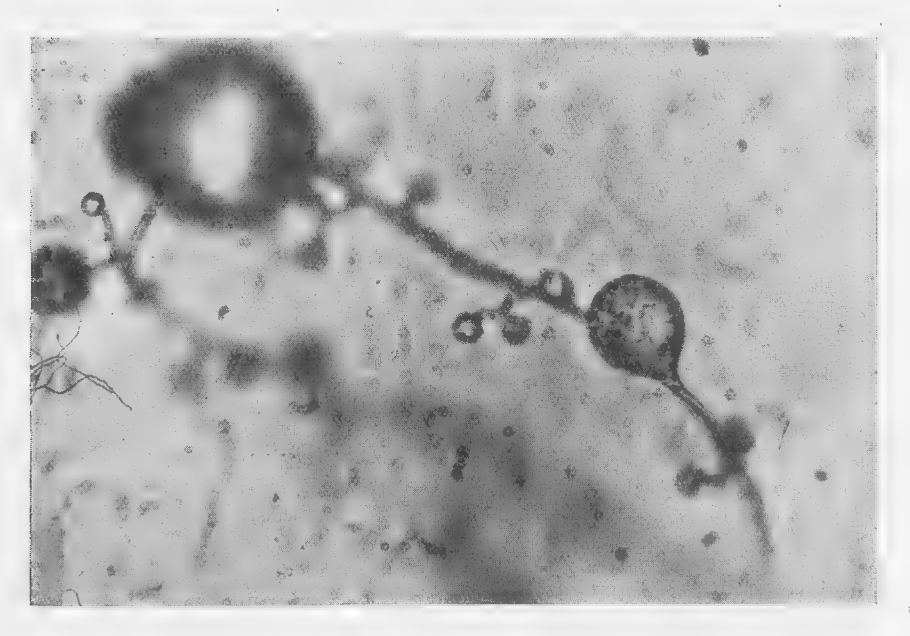


Fig. 5. — On voit des sporanges de toutes dimensions, dont l'un géant. Un des sporanges laisse voir, par transparence, les spores contenues à son intérieur.

répandre tout autour à des distances plus ou moins grandes, à l'état d'individus isolés ou encore réunis par petits paquets (fig. 4). A partir de ce moment, on peut voir des spores émettant des prolongements et donnant ainsi naissance à de nouvelles générations de filaments.

Le développement des sporanges était particulièrement luxuriant dans les cultures pratiquées au début de l'isolement du parasite, en partant des souches jeunes, c'est-à-dire n'ayant pas subi un trop grand nombre de repiquages. Dans ces conditions, chaque champ microscopique en montrait de nombreux exemplaires, le tout donnant l'impression d'une active vie végétative. Par la suite, après une longue vie sur milieux artificiels, les souches employées ne donnaient plus qu'un médiocre développement de sporanges,

leur nombre, ainsi que leur dimension, se réduisant de plus en plus, en même temps que leur date d'apparition devenait de plus en plus tardive. Ainsi, une souche, entretenue depuis deux ans dans notre laboratoire, ne montrait des sporanges qu'au bout de 4 semaines seulement.

Nous tenons à mentionner que, sur les milieux à base d'orge, les sporanges ne se développaient que dans ceux préparés par décoction dans l'eau simple et non pas dans ceux obtenus par macération. Ils n'étaient non plus visibles sur les milieux à l'avoine ou au moût de bière. L'on peut dire, par conséquent, que de tous les milieux employés, celui à la décoction d'orge s'est montré le plus favorable pour l'étude mycologique de notre parasite.

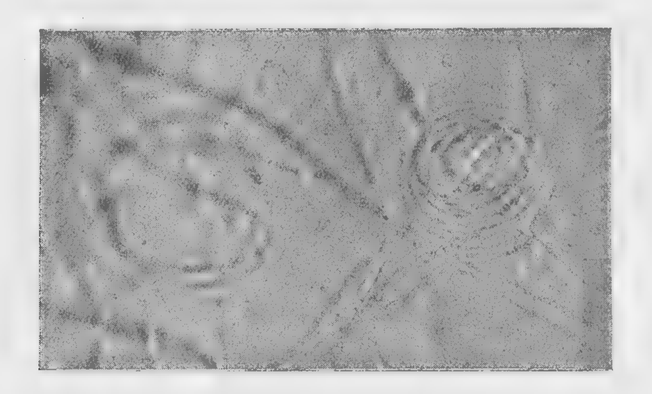


Fig. 6. — Un des aspects typiques des formations en spirales.

b) *Formations en spirales.* — Les formations en spirales, déjà mentionnées à l'état sporadique sur les milieux maltose, atteignent sur la décoction d'orge et surtout sur le moût de bière un plus ample développement, ce qui permet de mieux fixer la physionomie de cette forme végétative. Quoique bien moins significative que les sporanges pour caractériser notre parasite, elles méritent néanmoins, par leur constance et leur aspect particulier, d'être mentionnées ici (fig. 6).

Hâtons-nous de dire que les formations spiralées observées dans notre cas étaient loin de dessiner le type bien connu de spirales géométriques à nombreux petits tours serrés et parallèles, telles qu'on les rencontre chez certains Trichophytons. Les images que notre parasite montrait étaient toutes différentes. Dans le cas le plus simple, l'extrémité d'un filament mycélien subit, à un moment donné, une sorte de contournement, qui lui fait décrire une simple boucle ; après quoi, le filament se redresse et reprend son chemin. Le plus souvent les choses ne restent cependant pas là. Le travail de contournement mentionné, après avoir décrit une première boucle, se réitère sur place un certain nombre de fois, donnant ainsi naissance à une sorte de formation spiralée, dont les enroulements à large

ouverture et de dimensions souvent inégales restent cependant en nombre relativement restreint et le nombre des tours ne dépasse pas généralement 5 à 6 ; après cela, le filament reprend sa forme droite et se continue comme tel. Ajoutons encore que les tours ne dessinent pas toujours un cercle parfait, mais décrivent parfois sur leur trajet des sinuosités en forme d'anse, dont la convexité regarde la lumière de la spirale, ou bien des contournements plus compliqués encore, rappelant un huit de chiffre.

Ces curieuses formations spiralées, telles que nous venons de les décrire, avec leur aspect tassé, aplati, difforme et quelque peu enchevêtré, rappellent de très près celles observées par Sabouraud dans les cultures en goutte pendante de la forme pléomorphique du *Trichophyton farinulentum* et figurées à la page 631 de son traité sur les teignes (*).

A part les formes végétatives décrites, nous n'avons jamais observé, chez notre parasite, des aspects pouvant être interprétés comme un mode de reproduction sexuée.

Forme pléomorphique. — La culture en goutte pendante de la forme pléomorphique de notre parasite n'a montré, sur tous les milieux employés, à part de hyphes cloisonnées de grosseurs variables, aucune autre forme végétative.

*

* *

Ainsi qu'il résulte de l'exposé mycologique que nous venons de faire, les cultures de notre parasite, en goutte pendante, sur décoction d'orge et sur bouillon maltosé, à part certaines formes végétatives banales et communes à bien d'autres Mucedinées (tels que filaments cloisonnés et parfois sporulés, formations en spirales, etc.), nous ont révélé en plus une forme de fructification plus à part, à savoir le sporange. Pour mieux préciser la physionomie de cette formation particulière, rappelons encore que ces sporanges étaient globuleux, à membrane lisse et diffluente et que, par opposition à la majorité des cryptogames sporangifères, les sporanges de notre parasite *étaient dépourvus de columelle.*

Dans la littérature mycologique du mycétome il n'existe, à notre connaissance, qu'un seul cas dans lequel on ait pu isoler un cryptogame, ayant pour forme de reproduction le sporange. Il s'agit d'un parasite cultivé par Gelonesi (3), en 1927, d'un cas de mycétome du pied, à grains noirs, chez un nègre de la Somalie.

Nous regrettons vivement de n'avoir pu consulter en original le travail de cet auteur, dont nous n'eûmes connaissance que par une courte citation faite par Nauck dans son article sur le mycétome, du grand Traité

(*) Des enroulements en spirales, du type mentionné, ont encore été observés par Ota et Langeron chez le *Trichophyton griseum*, chez le *Microsporum lanosum* et chez beaucoup d'autres Mucédinées cultivées en goutte pendante, quand le milieu commence à s'épuiser. Cette formation n'est donc pas de nature à pouvoir caractériser, par elle-même, une espèce cryptogamique (2).

de dermatologie allemand (4). Autant que nous avons pu en juger sur les données référées par ce dernier auteur, le parasite isolé par Gelonesi ne serait pas sans présenter certaines analogies avec le nôtre. Nous y trouvons, en effet, comme traits communs, les mêmes filaments cloisonnés et les mêmes sporanges dépourvus de columelle. La seule différence consiste dans le fait que le pigment noir, noté par cet auteur, en très grande abondance, à l'intérieur des sporanges, n'existe pas dans notre cas.

Malgré les similitudes signalées, il nous est difficile d'affirmer l'identité du parasite de Gelonesi avec le nôtre, n'ayant pas été, comme nous l'avons déjà dit, en mesure de connaître en détail le côté mycologique du travail de cet auteur.

Quoi qu'il en soit, basé uniquement sur la constatation des sporanges dans les cultures et sans faire état de l'absence de columelle, Gelonesi rattacha son parasite au genre Mucor, en lui donnant le nom de *Mucor mycetomi*. Personnellement nous croyons devoir faire des réserves quant à la légitimité de cette classification, la columelle étant une formation caractéristique et obligatoire du genre Mucor.

Pour revenir à notre cas, la question qui se pose maintenant est celle de préciser, en prenant pour base les particularités mycologiques constatées, la position du parasite isolé par nous dans l'échelle cryptogamique.

Quel est, parmi les groupes botaniques connus et classés, celui ou ceux avec lesquels notre parasite présente le plus de ressemblances morphologiques et à qui on pourrait, le cas échéant, le rattacher ?

La formation spéciale, manifestée par notre parasite dans les cultures, à savoir le sporange, on la retrouve, comme l'on sait, comme organe de fructification de base, chez les Mucoracées, grand groupe botanique comprenant de nombreux genres. Parmi ceux-ci il est deux : le genre Mucor et le genre Mortierella, dont notre parasite se rapproche le plus par ses caractères mycologiques. C'est donc entre eux qu'on doit circonscrire l'essai concernant son classement.

Pour des raisons que nous allons exposer dans un instant, nous croyons devoir commencer par exclure complètement de la partie le genre Mucor. Deux caractères essentiels s'opposent en effet au rattachement de notre parasite au genre Mucor : l'un consistant dans l'aspect cloisonné de ses filaments en culture et l'autre, ce dernier d'ordre négatif, se traduisant par le fait que *ses sporanges sont dépourvus de columelle.* Si le premier des caractères différentiels invoqués n'aurait plus aujourd'hui la valeur absolue d'autrefois, étant donné qu'on commence à connaître de Mucorées montrant parfois des myceliums cloisonnés, on ne peut dire la même chose de l'absence de la columelle, cette dernière représentant une formation constante de toutes les Mucorées et constituant de ce fait un élément obligatoire pour caractériser actuellement le genre Mucor. Si nous ajoutons encore certaines formations accessoires révélées par notre parasite, telles que les enroulements spiralés la présence d'endospores dans certains filaments ainsi que l'ébauche de formations pectinées, sa séparation du genre Mucor s'accuse davantage.

Les seules Mucoracées dont les sporanges sont dépourvus de columelle, comme dans notre cas, ce sont les Mortiérellées. C'est donc de ce groupe botanique que notre parasite se rapproche davantage à ce point de vue. Ce rapprochement nous semble d'autant plus justifié que, à part l'absence de columelle déjà notée, notre parasite présente encore une foule d'autres caractères mycologiques communs avec les Mortiérellées. Parmi ces caractères nous citons : la présence de spores mycélinennes isolées ou en chapelet (« Myzelgemmen » des auteurs allemands (5)). L'existence de chlamydospores, la petitesse des sporangiophores, la forme imparfaitement cylindrique de cet appareil de support, dont le calibre va souvent en diminuant vers l'extrémité supérieure, la bifurcation possible des sporangiophores, leur disposition à l'état d'individus isolés ou groupés « en houppe » et, enfin, la configuration générale des sporanges, ainsi que la minceur et la labilité de la membrane sporangique.

Il est vrai que nous n'avons pas constaté, dans notre cas, ni l'oligosporie des sporanges, ni les anastomoses de hyphes, caractères considérés par certains auteurs comme fondamentaux des Mortiérellées ; mais ce sont là des particularités morphologiques inconstantes, qui manquent chez un important nombre d'espèces affiliées à ce groupe et dont l'absence ne saurait constituer un caractère prohibitif de classement (*).

Pour les considérations que nous venons de développer, nous sommes enclins de rapprocher notre parasite du genre Mortierella, genre avec lequel ses caractères mycologiques essentiels s'accordent le plus. Afin d'exprimer la place probable que nous croyons devoir lui assigner dans la classification botanique et de rappeler en même temps la lésion de laquelle il a été isolé, nous proposons pour notre parasite, comme dénomination d'attente, celle de *Mortierella mycetomi*.

BIBLIOGRAPHIE

1. SABOURAUD. — *Les Teignes*. Masson et Cie, Paris, 1910.
2. OTA et LANGERON. — Nouvelle classification des dermatophytes. *Ann. Parasitol. Hum. Comp.*, 1923, **1**, pp. 305-306.
3. GELONESI (Gregorio). — Due nuovi parasiti del Piede di Madura. Studio sui mycetomi della Somalia meridionale. *Ann. Med. Nav. e Col.*, 1927, **1**, p. 282.
4. NAUCK (E. G.). — Die Dermatomycosen in den Tropen. *Handbuch der Haut und Geschlechtskrankheiten*, Jadassohn, etc., 1932, Bd. **12**, 1e Teil.
5. ZYCHA (H.). — *Kryptogamen Flora der Mark Brandenburg*, 1931.
6. DODGE (C.). — *Medical Mycology*. London, 1936, p. 98.

(*) Quant au cloisonnement des hyphes rencontré chez notre parasite, il ne saurait constituer, lui non plus, un caractère prohibitif pour le classement envisagé, car on le constate chez le *Haplosporangium* (6), un des genres de la famille des Mortiérellées et, d'autre part, notre cryptogame ne le présente qu'après des repiquages répétés.

A PROPOS DU PSORIASIS PUSTULEUX

Par M. Louis SZODORAY
Professeur agrégé

(*Travail de la Clinique dermatologique de l'Université de Pázmány Péter, à Budapest. Directeur : Prof. Dr* Fr. Földvari).

Les dermatologistes admettent généralement que les éléments de psoriasis montrent une résistance particulière vis-à-vis des germes pyogéniques. Il est donc surprenant d'observer, quelquefois, l'apparition de pustulettes à la périphérie de plaques de psoriasis ou même sur leur surface tout entière ; il s'agit alors du psoriasis pustuleux, décrit par Zumbusch en 1909.

Dans la *Nouvelle Pratique dermatologique* (tome **7**, p. 620), Margarot écrit que cette forme du psoriasis peut reconnaître deux origines différentes : dans certains cas, il s'agit d'une infection secondaire ; dans l'autre, la suppuration est le fait d'une modalité morphologique particulière du psoriasis lui-même. Cette deuxième conception trouve, dans la littérature, plus d'arguments confirmatifs que la première. Dans plusieurs des observations publiées, le tableau clinique s'est compliqué par des symptômes qui lui ont donné une certaine ressemblance avec l'acrodermatite continue de Hallopeau, c'est-à-dire une localisation particulière sur les doigts et, plus particulièrement, sur les dernières phalanges, entraînant une chute des ongles. Dans d'autres cas, la formation de pustulettes miliaires a donné au psoriasis pustuleux l'apparence d'un *impetigo herpetiformis* (cas de Richter, Leszczynski, Bernhardt, etc.).

Dans ces conditions, le diagnostic différentiel peut devenir d'une assez grande difficulté. Le dosage du calcium dans le sang, abaissé dans l'impétigo herpétiforme, peut l'être aussi, de manière notable, dans le psoriasis pustuleux (cas de Vohwinkel, de Szodoray). H. W. Barber a soutenu que certains signes permettent de différencier l'acrodermatite continue et le psoriasis pustuleux. Cependant, pendant ces dernières années, plusieurs auteurs américains ont publié des observations dont le tableau clinique ne permettait pas de séparer nettement ces deux maladies (D. Bloom, Ellis, etc.). En Europe, Gougerot et Mlle Eliascheff, Th. Herold, H. Fuhs ont publié des cas de même ordre. Fr. Kogoj, enfin, croit pouvoir séparer le psoriasis pustuleux de l'acrodermatite de Hallopeau sur la base à la fois de la clinique et de l'histologie.

Au cours de ses 18 années d'existence, la Société de Dermatologie hongroise a vu présenter 4 cas de psoriasis pustuleux ; tous, on le remarquera, concernaient des jeunes femmes.

La première malade a été étudiée par E. Pastinszky, en 1937. C'était une jeune fille de 16 ans, dont toute la surface du corps montrait des plaques exsudatives de psoriasis; il existait un gonflement inflammatoire péri-unguéal. Les lésions histologiques étaient caractéristiques, avec micro-abcès de Sabouraud et assises parakératosiques. Pasanszky a réussi à isoler de ces lésions et à cultiver des colonies de staphylocoque doré.

J'ai présenté le second cas en 1939. Il s'agissait d'une femme de ménage de 30 ans qui souffrait de psoriasis verruqueux depuis 3 ans. Son histoire et ses photographies avaient été publiées en 1936 par le Professeur J. Guszman dans le *Corpus Iconum Morborum Cutaneorum* du Professeur L. Nekam (tome **3**, p. 468). C'est en 1939, qu'elle a assisté au développement de pustulettes sur les anciennes plaques de psoriasis. A son admission à la Clinique dermatologique de Budapest, elle était très amaigrie, microcéphalique, avec cutis verticis gyrata; la chevelure était raréfiée, les dents cariées; l'examen des yeux révélait des traces d'une iridectomie exécutée pour cause de cataracte. Dans les plis génito-cruraux, la région sacrée, sur la nuque, les éléments de psoriasis étaient recouverts d'épaisses couches parakératosiques. Sur l'abdomen, ces éléments étaient occupés par des masses verruqueuses qui montraient à leur périphérie des pustulettes miliaires disposées en anneau linéaire. On notait plusieurs furoncles sur la tête. Les muqueuses étaient indemnes. Température : 37° à 38°5. Albumine dans les urines. Signe de Chvostek positif. Calcémie : 5,67 mgr. o/o. Ces dernières données démontraient l'existence d'une insuffisance parathyroïdienne. On peut aussi considérer la cataracte opérée comme un signe de tétanie latente. La biopsie a montré la même structure typique que précédemment. Ce cas appartient à la catégorie de psoriasis pustuleux qui est en relation avec l'impétigo herpétiforme, puisque, comme dans ce dernier, le taux de la calcémie était abaissé.

Le troisième cas a été présenté comme psoriasis bulleux et végétant par le Professeur T. Rávnay, en 1939. C'était une jeune fille de 16 ans qui avait, depuis 7 mois, une éruption pustuleuse sur les doigts et le cuir chevelu. Un mois plus tard, des bulles apparaissaient sur les jambes et dans les aisselles; leur contenu était stérile. Plus tard encore, des plaques de psoriasis typique s'étaient formées sur le coude gauche, rendant alors caractéristique le tableau d'un psoriasis. Sur le fond des anciennes bulles, des végétations s'étaient développées. Les lésions des doigts étaient celles de l'acrodermatite continue de Hallopeau.

Le quatrième cas hongrois de psoriasis pustuleux s'est offert à mon observation il y a quelques mois. Il s'agissait d'une institutrice âgée de 23 ans qui avait eu, 4 ans auparavant, une pneumonie et une pleurésie. Les règles avaient toujours été régulières; pas de pertes blanches. La maladie actuelle a débuté le 3 août 1946 par des douleurs articulaires qui ont résisté au salicylate de soude et à l'atophan. Dix jours plus tard, sur les plantes et les doigts des pieds sont apparues de petites vésicules et pustules qui, en confluant, ont bientôt laissé place à des plaques érosives et hyperémiques à bordure nette. Les orteils gonflèrent; une infiltration et une suppuration se développèrent autour des ongles, entraînant la chute de quelques-uns d'entre eux. Quand je vis la malade pour la première fois, au milieu de septembre 1946, ma première impression fut que cette éruption partiellement vésiculeuse était la conséquence d'un processus dyshidrosique avec complications pyococciques. En plus du traitement local que j'ordonnai, le médecin de la famille

avait donné des injections de prontosil (125 cm³ au total), d'extraits de foie, des préparations arsenicales et, enfin, 1.800.000 unités de pénicilline. Tous ces médicaments étaient restés sans effet sur l'éruption cutanée; seule, la fièvre avait diminué après l'administration de pénicilline. Au contraire, de nouvelles plaques psoriasiformes étaient apparues sur les genoux et le cuir chevelu. Ces nouvelles plaques étaient arrondies, de couleur rouge vif, recouvertes d'épaisses couches parakératosiques. Sur les plus grandes, par suite d'une exsudation, des croûtes brunâtres s'étaient formées. C'est dans cet état qu'elle est entrée à la Clinique dermatologique, le 15 octobre 1946.

Examen clinique. — Il s'agit d'une femme de taille moyenne, à peau amaigrie, d'un teint pâle. Des plaques arrondies confluent, en général, sur la peau des plantes et sur les doigts et se disséminent sur les jambes, les cuisses et le cuir chevelu. Elles ont un diamètre de 3 à 10 centimètres, sauf sur les paumes où, plus denses, elles ont la grandeur d'une lentille. Les quelques rares plaques du cuir chevelu se localisent à la bordure frontale des cheveux. Elles ont, particulièrement sur les plantes, une couleur rouge vif et se recouvrent de couches parakératosiques ou, pour quelques-unes, de croûtes. Sur leur bordure, surtout sur les doigts, on voit des pustulettes du volume d'une tête d'épingle. Les orteils sont gonflés et leur peau est hyperémique et infiltrée; leurs ongles sont absents. Disséminées sur les jambes et les genoux existent des plaques arrondies, d'une grandeur de paume d'enfant, recouvertes de couches brunâtres, surtout croûteuses et d'autres, plus petites, avec minces strates parakératosiques. Les ganglions lymphatiques ne sont pas palpables. Les contours de l'articulation du genou droit sont effacés en raison d'un épanchement articulaire; ses mouvements sont restreints par la douleur et l'exsudat. Température : 38°6. Traces d'albumine et de pus dans les urines. Réaction de Wassermann négative. Le taux du calcium dans le sang est de 11,7 mgr. o/o. Sédimentation des hématies (méthode de Westergreen) : 85 mm. à l'heure. Examen hématologique : 3.400.000 hématies, 5.800 leucocytes. Équilibre leucocytaire : polynucléaires segmentés 58 o/o, jeunes 3 o/o, formes de transition 6 o/o, éosinophiles 2 o/o, basophiles 0 o/o, mononucléaires 3 o/o, lymphocytes 28 o/o. L'examen microscopique des squames épidermiques n'a pas révélé d'éléments mycosiques. Le contenu des pustulettes, cultivé sur agar peptoné, a donné des colonies de staphylocoque doré. L'examen viscéral (Professeur agrégé Dr Fr. Markovics) a constaté un agrandissement de la matité cardiaque. L'oto-rhino-laryngologiste (Dr J. Ladanyi) a trouvé des foyers de pus dans les amygdales, posant ainsi le diagnostic d'amygdalite chronique et a proposé l'ablation des amygdales.

Dans ce dernier cas personnel, l'aspect de l'éruption cutanée (éléments arrondis de couleur rouge vif, à squames parakératosiques, à signe d'Auspitz positif), la localisation des efflorescences, etc., faisaient poser le diagnostic de psoriasis. L'apparition de pustulettes à la bordure des éléments des pieds et de croûtes brunâtres sur ceux des jambes et des genoux réalisait le tableau clinique du *psoriasis pustuleux*. La présence d'une arthropathie, de la fièvre, les symptômes d'une septicémie subchronique ne pouvaient que confirmer ce diagnostic. Les manifestations cutanées des orteils étaient presque identiques à celles de l'acrodermatite continue de Hallopeau. Selon Barber, l'isolement d'un staphylocoque doré pourrait être considéré comme un symptôme affirmatif de cette entité morbide. Mais j'ai déjà signalé, en analysant la littérature, les cas décrits par les auteurs américains et par quelques européens et dans lesquels les symptômes et les données de laboratoire des deux tableaux cliniques coexistaient, réalisant ainsi une transition entre les deux maladies. Notre dernier cas réalise aussi un exemple de ces tableaux cliniques mixtes : au début, les symptômes ont été ceux de l'acro-

dermatite continue ; plus tard sont apparus ceux du psoriasis pustuleux, comme dans les deux cas de Gougerot et Eliascheff et de Th. Herold.

Dans notre cas, encore, le résultat du traitement par la pénicilline donne l'occasion de réviser les nombreuses théories sur la pathogénie de ces deux maladies. L'échec de la pénicillothérapie à doses massives (1.800.000 unités) n'est certainement *pas en faveur d'une conception infectieuse* et, plus spécialement, du rôle primordial d'une infection par germes pyogéniques dans cette curieuse pustulose cutanée. De même, l'inefficacité apparente de l'administration de pénicilline — en dehors des données négatives d'anamnèse et d'examen clinique — semble exclure, dans ce cas, le rôle pathogénique d'une infection gonococcique ; celle-ci a été invoquée surtout par Rille qui croyait que, dans une telle dermatose, il s'agissait le plus souvent d'une kératose blennorragique atypique avec pustulose.

Il serait tentant de mettre en cause le foyer suppuré amygdalien et de voir le mécanisme pathogénique dans une infection focale. En plus de la présence de pus dans les amygdales, l'altération articulaire, la sédimentation accélérée des hématies, la formule sanguine avec signes d'une hématopoïèse précipitée des leucocytes semblent confirmer cette hypothèse. Malheureusement, la malade n'a pas consenti à l'amygdalectomie et une démonstration satisfaisante de cette conception est devenue impossible.

BIBLIOGRAPHIE

1. Margarot. — *Nouvelle Pratique Dermatologique*, v. **7**, p. 620.
2. Barber (H. W.) and Eyre (J. W.). — *Brit. Journ. of Derm.*, 1927, p. 485.
3. Gougerot (H.) et Eliascheff (O.). — *Bull. de la Soc. Franç. de Derm. et de Syph.*, 1935, n° 3, pp. 447.
4. Herold (Th.). — Cit. *Derm. Wochenschr.*, 1938, n° 16, p. 460.
5. Fuhs (H.). — *Wien. Klin. Wochenschr.*, 1935, n° 6, p. 185.
6. Kogoj (Fr.). — *Derm. Wochenschr.*, 1937, n° 36, p. 1488.
7. Bloom (D.). — *Archives of Derm. and Syph.*, v. **32**, 1935, p. 90.
8. Ellis (A. F.). — *Archives of Derm. and Syph.*, v. **33**, 1936, p. 963.
9. Pastinsky (I.). — *Magy. Derm. Társ. Ülései*, 1935-38, p. 96.
10. Szodoray (L.). — *Magy. Derm. Társ. Ülései*, 1939-43, p. 56.
11. Ávnay (T.). — *Magy. Derm. Társ. Ülései*, 1939-43, p. 77.

LES FAUSSES RÉACTIONS SÉROLOGIQUES DE LA SYPHILIS

Par M. Louis VISSIAN
Interne des hôpitaux de Paris

Les réactions sérologiques se sont révélées d'emblée d'une grande valeur pour établir le diagnostic et diriger le traitement de la syphilis.

Toutefois, peu de temps après son apparition, la réaction initiale de Bordet-Wassermann a été reconnue positive dans un certain nombre de cas d'où la syphilis paraissait devoir être exclue. C'est pourquoi l'on chercha sans cesse à rendre la réaction plus sensible.

Ainsi a-t-on pu voir se dresser une liste toujours plus longue de « réactions à surprise ». Dès 1920, dans un article fort documenté de la *Revue de Médecine*, M. Touraine conclut que *toute maladie qui s'accompagne de destruction globulaire expose à une réaction de Wassermann positive* puisque la réaction décèle avant tout un trouble qualitatif dans l'équilibre des albumines. « Cette réaction est parallèle, en durée et en intensité, à l'activité de la déglobulisation ».

M. H. Gougerot, depuis de longues années, dans ses leçons, ses travaux et son livre *Le traitement de la syphilis*, a insisté sur les imperfections, les paradoxes des réactions de Bordet-Wassermann en montrant que les séro-réactions étaient un signe qui demandait à être interprété comme un signe clinique.

Ces dernières années, l'étude critique des méthodes sérologiques a été très poussée à l'étranger et notamment aux États-Unis.

*
* *

Avec Ch. Rein et E. Elsberg, nous distinguerons trois types de fausses réactions positives :

1° Les fausses réactions par *défaut de technique*.

2° Les *fausses réactions syphiloïdes* des maladies de groupe.

3° Les « vraies » *fausses réactions biologiques* dont la fréquence a fait l'objet récemment de grandes enquêtes aux États-Unis.

1° Les *fausses réactions par défaut de technique* sont le plus souvent isolées, dues à une *négligence* accidentelle, mais parfois la règle dans certains laboratoires pourvus de techniciens incompétents. Il faudra donc se renseigner sur la réputation de l'officine. Mais souvent l'erreur des techniciens est due à la mauvaise *qualité des antigènes* dont certains ne parviennent maintenant plus en France, notamment les antigènes de Kahn et de Meinicke. Jean Gaté s'émeut des résultats fantaisistes et contradictoires fournis présentement par les réactions de floculation dans le diagnostic de la syphilis. Nous ne devons donc pas nous croire autorisés à incriminer les techniciens chaque fois qu'un résultat sérologique ne cadre pas avec les faits cliniques. Avant de porter le moindre soupçon nous devons faire refaire les réactions dans un autre laboratoire déjà éprouvé par nous.

2° Les *fausses réactions dites syphiloïdes* sont celles que l'on observe positives chez les sujets atteints de maladies provoquées par des micro-organismes voisins du tréponème de la syphilis : spirilles, trypanosomes, etc.

Des résultats positifs ont été obtenus avec une grande fréquence dans ces maladies de groupe.

Dans 100 o/o des cas de *pian*, les réactions sérologiques sont aussi fréquemment positives que dans la syphilis. De même dans la *dourine*.

Parmi les spirochétoses, la *fièvre récurrente* du *Spirochæta Obermeieri*, le *sodoku* du *Spirochæta japonica* donnent assez souvent une réaction positive (C. Law et P. Cockin).

Dans les *spirilloses*, en particulier au cours de l'*ulcère phagédénique des pays chauds*, Schüffner trouve, sur 106 cas, 86 o/o de réactions de Wassermann positives.

La *leishmaniose sanguine* ou kala-azar a donné à Sutherland et Nutra, sur 38 cas, 10 réactions positives.

La *leishmaniose cutanée* (bouton d'Orient, clou de Biskra) a donné deux fois une réaction négative à Jeanselme ; par contre, Gaucher et M. Bloch l'ont obtenue une fois.

La *leishmaniose brésilienne*, centro-faciale, eut une réaction de Wassermann positive dans un cas de Machado.

Les *trypanosomes*, dans la maladie du sommeil, donnent à Heckenroth et Blanchard 15 réactions positives sur 27 sujets.

Le *mal de Caderas*, le *Surra* donnent aussi un fort pourcentage de réactions positives.

Il s'agit donc, dans ces fausses réactions de groupe, de maladies exotiques bien rares dans nos pays. Toutefois, il faut faire une exception pour les *ictères infectieux* par leptospirose. Dans la *spirochétose ictéro-hémorragique*, Aug. Pettit et L. Martin, Costa et Troisier, chez 5 malades, ont eu 3 réactions de Wassermann positives pendant la période fébrile qui ont disparu dès l'apyrexie.

Récemment, dans l'Armée américaine, sur 63 soldats soignés en Sicile pour une hépatite infectieuse, 15 ont eu une réaction nettement positive ou douteuse après le début clinique de l'ictère. Dans 8 ou 9 cas, lorsque

les réactions de Kahn et de Wassermann ont été toutes deux positives, celle de Kahn l'a été de manière plus forte et plus durable. Mais ces réactions ne durent que pendant la période fébrile, elles disparaissent dès l'apyrexie et nous servent de transition avec les fausses réactions dites biologiques.

3° On range en effet sous le nom de *fausses réactions biologiques* toutes les réactions qui peuvent devenir occasionnellement et passagèrement positives au cours de nombreuses affections. Les biologistes américains se sont spécialement intéressés ces dernières années à cette question ; de très nombreux états morbides, certains fréquents dans nos pays, ont été incriminés.

Nous envisagerons d'abord les réactions sérologiques observées au cours des infections. Elles ont été vivement discutées dans le *paludisme*. Entre les opinions extrêmes d'Aimé et Lochelongue qui ont 10 réactions positives sur 10 malades, et celles de Mathis et Heymann (21 cas négatifs sur 21) il semble que la plupart des auteurs aient enregistré une proportion importante de réactions positives au cours même de l'accès palustre : 27 o/o d'après les travaux récents de Elmes et Findlay chez des soldats anglais. Le retour à la négative est en général rapide mais il a pu se faire attendre jusqu'à 42 jours chez quelques sujets. Dans l'armée américaine, Rosenberg a fait pratiquer 8.000 réactions chez des paludéens. La réaction de fixation de Kolmer a donné 20,4 o/o de fausses réactions. Parmi les réactions de floculation, le Mazzini a donné 51 o/o de fausses réactions, le Kahn 47,5 o/o, le Kline 33,6 o/o, l'Eagle, 10,4 o/o. C'est le Hinton qui a donné le moins de ces fausses réactions : 5,8 o/o.

M. H. Gougerot a montré que le paludisme en activité, même chronique, apyrétique, pouvait donner des séro-réactions faussement positives mais que l'erreur était facile à rectifier par la méthode générale du traitement du paludisme et des Wassermann répétés.

Les réactions sérologiques peuvent aussi être curieusement positives au cours de certaines *infections pulmonaires* : de nombreuses observations ont été publiées par Hegglin et Grumbach initialement au cours de syndromes de condensation pulmonaire, de pneumonies atypiques avec signes de bronchite, fièvre peu élevée, à la radio des infiltrations irrégulières siégeant dans un ou plusieurs lobes pulmonaires et régressant en quelques semaines ; les réactions sérologiques redeviennent normales. Fanconi a observé des réactions sérologiques intenses chez les enfants sous-alimentés atteints de broncho-pneumonie à la suite de rougeole. Jahnel, en 1941, rapporte une série de 7 cas présentant un syndrome analogue à celui décrit par Hegglin et Grumbach avec positivité des réactions de Wassermann, de Kahn, de Sachs-Georgi ; par contre la réaction d'éclarcissement II de Meinicke reste négative. Martin, d'une part, et Steinmann, d'autre part, en 1943, observent également 2 cas semblables, 2 syndromes de Fanconi-Hegglin. Florman et A. Weiss, en 1945, ont trouvé, sur 46 pneumonies primitives atypiques, 6 malades (17 o/o) avec les réactions de la syphilis passagèrement positives pendant la convalescence, et 6 autres malades avec

des réactions douteuses. D'autres réactions sérologiques (streptocoque, etc.) restaient, par contre, négatives chez ces sujets.

Dans les *pneumonies* les plus typiques même, A. Weill, sur 93 cas, obtient 23 fois une réaction positive qui disparaît avec la fièvre.

Loweman, en 1944, a rapporté des fausses réactions positives au cours d'une épidémie de *naso-pharyngite* chez 100 soldats d'une garnison américaine. Sur ces 100 malades, 97 niaient tout antécédent syphilitique, 93 avaient eu des réactions antérieures négatives dans le passé. Ces réactions sont passagères mais la réaction de Kahn reste positive plus longtemps que celle de Wassermann.

Plus accessoirement, nous citerons les autres infections donnant des fausses réactions. Les infections aiguës ne déterminent que rarement des modifications de la réaction.

Dans la *scarlatine*, 141 cas donnent 19 (13,5 o/o) réactions positives. Mais ces réactions sont passagères et disparaissent avec la fièvre. Dans le cas particulier de scarlatine avec manifestations hépatiques, Teissier et R. Bénard arrivent à la proportion élevée de 84 o/o de réactions positives, d'ailleurs transitoires.

Dans la *mononucléose infectieuse*, Bernstein et Hatz, Saplier, Kaufman, Moore, Earle trouvent des réactions positives dans 20 o/o des cas. J'ai pu observer en 1946, à Claude Bernard, 7 cas de mononucléose infectieuse, dans ces 7 cas les réactions sérologiques de la syphilis ont été négatives.

Dans 22 cas de *varicelle* étudiés par Henneman en 1945, 5 ont des réactions de floculation de Hinton positives passagèrement d'ailleurs ainsi qu'une réaction de Kahn ; la réaction de Wassermann est toujours restée négative. Il s'agissait d'enfants chez lesquels la syphilis ne pouvait pas être suspectée. La plus précoce de ces fausses réactions est apparue 7 jours après le début de l'éruption, l'une d'elles a persisté 51 jours.

La simple *vaccination jennérienne* provoque le virage des réactions sérologiques de la syphilis. En 1941, Lynch, R. Boynton et A. Kimball, sur 267 sujets vaccinés avec succès, ont eu 263 réactions négatives au moment de la vaccination, seule la réaction de Kline a donné une réaction positive chez l'un et douteuse chez les 3 autres. Des examens sérologiques répétés chez ces sujets ont révélé, 15 à 20 jours après la vaccination, 80 réactions positives ou douteuses avec les techniques de Hinton, Mazzini et Eagle ; recherchées 22 à 28 jours après la vaccination les réactions ont été plus souvent positives avec le Kolmer, le Kahn, le Kline et sont demeurées positives pendant plus de deux mois.

En 1943, Lubitz a suivi sérologiquement 100 sujets de l'hôpital de la Marine à Chicago vaccinés contre la variole, 13 d'entre eux ont eu pendant quelques jours des réactions positives. En 1944, Favorite trouve 24 réactions de floculation positives sur 202 sujets vaccinés depuis 15 jours.

Les médecins de l'armée américaine ont également étudié la fréquence des fausses réactions positives chez les soldats ayant reçu les *vaccinations mixtes* réglementaires contre la typhoïde, le tétanos, le typhus, la fièvre jaune. Sur 74 d'entre eux, toute syphilis antérieure pouvait être éliminée,

14 (14,8 o/o) ont eu une réaction de Kahn plus ou moins positive. Toutes ces réactions, sauf une, sont redevenues négatives en 6 à 7 semaines (R. Arthur et J. Halé). Le seul fait d'injecter de l'anatoxine tétanique chez 8 soldats demandant à Heimoff un examen sérologique prénuptial et n'ayant aucun signe de syphilis, a donné des réactions de Kahn positives, mais des réactions de déviation du complément négatives.

Parmi les *infections chroniques*, la question de la *lèpre* a été fort discutée. Des enquêtes du Service de Santé des U. S. A. en 1935 et en 1942 portant sur 695 lépreux, il résulte que les réactions sérologiques de la syphilis sont positives en moyenne dans 55 o/o des cas de lèpre tuberculeuse ; dans la lèpre nerveuse les réactions sont plus rarement positives dans 7 à 27 o/o des cas seulement, et dans les formes mixtes dans 47 o/o des cas.

Dans la *tuberculose*, les fausses réactions ne semblent pas très fréquentes. Harold Boas et Carl With, examinant 2.308 malades atteints soit de tuberculose pulmonaire à tous les stades, soit de tuberculose cutanée, soit de tuberculose chirurgicale, n'ont obtenu de réactions positives que dans 3 cas, soit dans 0,1 o/o des cas.

Toutefois, dans les tuberculoses cutanées, l'érythème induré de Bazin, les tuberculides papulo-nécrotiques, Blumenthal, Jadassohn, Müller, Plancherel, Klaussner, Sachs, Sonntag et Ravaut ont eu des résultats positifs. Il en est de même dans le *lupus érythémateux* où la réaction de Wassermann est assez souvent positive (Gaucher, Hudelo et Rabut, Jeanselme et Burnier, Rabeau et Bocage). Le lichen scrofulosorum a donné des réactions de fixation du complément à Cappelli, Tzanck et Pelbois.

Dans certaines *intoxications* et en particulier dans le *saturnisme*, la réaction de Wassermann a été trouvée positive 28 fois sur 124 (22,6 o/o) par Schnitter et 4 fois sur 9 par Sicard et Reilly, les 4 malades de ces derniers auteurs avaient une réaction positive dans le liquide céphalo-rachidien. La narcose prolongée au *chloroforme* (Chevrier et Bénard, Massier, Wolfsohn) s'accompagne 13 fois sur 50 d'une réaction positive mais passagère. On sait que la narcose chloroformique détermine presque toujours une anémie nette.

La simple injection de *novarsénobenzol* provoque une hypoglobulie transitoire qui peut positiver la réaction de Wassermann d'où les réserves à faire sur la réactivation de Milian.

Les *sulfamides* peuvent aussi positiver les réactions. Vandermalière, traitant en 1940 178 sujets par les sulfamides, obtient 5 réactions positives dont 3 permanentes. Ces faits ont été confirmés par Lana et Rastelli en 1942.

D'une façon générale, toutes les *affections fortement déglobulisantes* exposent à des fausses réactions. Dans l'*hémoglobinurie paroxystique*, la réaction de Wassermann se manifeste le plus nettement pendant la crise

pour s'atténuer ou disparaître après l'accès. Dans l'*ictère hémolytique* acquis avec anémie intense et splénomégalie, de Sèze, P. Ordonneau et S. Godlewski ont publié récemment des réactions de Bordet-Wassermann et de Meinicke positives qui se sont négativées, à la guérison, sans traitement antisyphilitique.

Dans les maladies du sang avec *anémie* due à une destruction globulaire intense, dans les leucémies, on observe également des réactions de Wassermann positives au moment des poussées de déglobulisation.

Fort curieux sont les virages que l'on peut observer chez les *donneurs de sang* à mesure qu'ils répètent les transfusions. Une enquête sérieuse a été pratiquée en décembre 1943 aux États-Unis sous l'impulsion de la Croix-Rouge. Sur 128 donneurs, une réaction quantitative de floculation et une réaction de fixation faites aussitôt avant et après la prise de sang n'ont pas montré de différence appréciable.

Chez 97 donneurs, les réactions ont été pratiquées avant et 5 à 15 jours après la prise de sang, 1 seul a montré une augmentation de 2 unités dans la fixation, la floculation ne s'est pas modifiée. Le virage, quoique indiscutable, est donc vraiment léger et très rare.

Des fausses réactions positives ont été décelées au cours de la *gestation* et de l'*allaitement*, réactions plus nombreuses du premier au sixième mois, diminuant dans les derniers mois de la grosesse, surtout chez les multipares.

Signalons les très récents travaux de Leblois qui, sur 97 *bovidés*, normaux pour la plupart, a obtenu 29 réactions de Kahn positives, 17 réactions de Meinicke clarification et 6 réactions de Meinicke opacification.

Cette liste bien longue, encore qu'incomplète, de fausses réactions positives, ne doit pas nous faire sous-estimer la valeur des réactions sérologiques. Toutefois la fréquence même de ces fausses réactions, bien que pas très grande, n'est pas négligeable ; il faudra en tenir compte chez les sujets dont les réactions positives ne s'accompagnent d'aucune manifestation clinique de syphilis. Ce sont les réactions de floculation qui sont le plus volontiers positives. Fait important : ces réactions sont passagères, elles ne durent en général que 2 ou 3 mois. Il faudra donc répéter les examens au moins tous les mois. Mais, même chez les sujets normaux, on observe des *oscillations irrégulières* des réactions sérologiques, surtout des réactions de floculation, qui virent spontanément du positif au négatif ou inversement. Par ailleurs, des réponses divergentes, par exemple Wassermann positif et Kahn négatif, viennent troubler le clinicien. Comment expliquer ces faits ? Faut-il alléguer une hyperprotéinémie passagère ainsi que le font Cardan et D. Atlas qui ont obtenu 8 cas de fausses réactions positives sur 34 cas d'hyperprotéinémie ? Faut-il rendre seulement responsable la qualité des antigènes ? Mieux vaut dire que, dans l'état actuel de nos connaissances, il ne nous est pas possible de répondre.

Seule la fréquence de ces fausses réactions positives chez les *sujets normaux* a été précisée ces dernières années par les auteurs américains.

En 1941, A. Eagle pratique les réactions sérologiques chez 40.545 étudiants de 25 universités américaines, 62 (0,15 o/o) sont positives ; dans 26 cas la syphilis est avérée, mais dans 36 cas (0,09 o/o) il n'existe aucune probabilité en faveur de la syphilis.

De son côté, Wolman pratique une réaction de Kahn chez 82.070 recrues du Nord-Est des U. S. A. enrôlés dans la marine de 1943 à 1945 ; 257 réactions positives sont à éliminer car elles n'ont pas été contrôlées par un second examen. Mais 260 positives sont dues à une syphilis acquise, 41 à une syphilis congénitale et 86 (0,105 o/o) chez des sujets sans syphilis décelable.

Ces proportions sont restées les mêmes aux différents âges, sauf pour la syphilis acquise. D'après ces chiffres voisins on doit donc admettre que les réactions sérologiques de la syphilis peuvent s'observer positives chez les sujets normaux dans la proportion de 1 sujet pour 1.000.

Si l'explication de ces faits reste absente, il faut tenir compte de leur existence dans la pratique courante. En particulier dans les certificats prénuptiaux il ne faudra peut-être pas accorder aux réactions sérologiques toute l'importance donnée par la loi.

Nous ne devons pas oublier que la valeur de toute méthode biologique est relative : les résultats positifs doivent toujours être interprétés par rapport aux données cliniques.

BIBLIOGRAPHIE

Arthur (R.) et Hale (J.). — Biologic false positive tests for syphilis associated with routine Army immunizations (Fausses réactions positives de la syphilis après les vaccinations réglementaires dans l'Armée). *Military Surgeon* (U. S. A.), t. **92**, janvier 1943, pp. 53-56.

Barnard (R.) (New-York). — An examination of some data on the relationship of blood donation to false positive serologic tests for syphilis (Examens de quelques faits au sujet des fausses réactions sérologiques de la syphilis chez les donneurs de sang). *The Urologic and Cutaneous Review*, t. **50**, n° 7, juillet 1944, pp. 406-411. Bibliogr.

Boerner (F.), Nemcer (S.) et Stokes (J.). — A study of the effect of bleading and of repeated blood donation on serologic tests for syphilis (Étude sur les effets du saignement et des doses répétées de sang sur les réactions sérologiques de la syphilis). *The American Journal of the Medical Sciences*, vol. **211**, f. 5, n° 890, mai 1946, pp. 571-576. Pas de bibliogr.

Cardan (L.) et Atlas (D.). — Biologic false positive reactions for syphilis associated with hyperproteinemia (Fausses réactions positives biologiques de la syphilis combinées à l'hyperprotéinémie). *Archives of Dermatology and Syphilology*, t. **46**, n° 5, novembre 1942, pp. 713-720.

Elmes (P.) et Findlay (G.). — Malaria and the serological reactions for syphilis in British soldiers (Paludisme et réactions sérologiques de la syphilis chez des soldats anglais). *Journ. of Royal Army Medic. Corps*, t. **84**, janvier 1945, pp. 29-30.

Faget (G.). — Evaluation of positive Kolmer and Kahn tests in Leprosy (Fréquence des réactions de Kolmer et de Kahn positives dans la lèpre). *Venereal Disease Information*, t. **25**, n° 5, mai 1944, pp. 133-137. Bibliogr.

Florman (A.) et Weiss (A.) (U. S. A.). — Serologic reactions in primary atypical pneumonia (Réactions sérologiques dans la pneumonie primitive atypique). *Journal Lab and Clin. Med.*, t. **30**, 1945, p. 902.

Eagle (A.). — On the specificity of serologic tests for syphilis as determined by 40.545 tests in a college student population (Sur la spécificité des réactions sérolo-

giques de la syphilis telle qu'elle ressort de 40.545 réactions dans une population d'étudiants). *The American Journal of Syphilis Gonorrhea and Venereal diseases*, t. **25**, janvier 1941, pp. 7-15.
FAVORITE (G.). — Factors influencing false positive serologic reactions for syphilis due to small pox vaccination (vaccinea) (Facteurs influençant les fausses réactions sérologiques de la syphilis dues à la vaccination jennérienne). *American Journal of the Medical Science*, t. **208**, août 1944, pp. 216-223.
GATÉ (J.). — Le problème actuel de la sérologie dans le diagnostic de la syphilis. *Lyon Médical*, t. **176**, n° 43, 27 octobre 1946, pp. 257-260.
GOUGEROT (H.). — Travaux résumés dans le Chapitre XXXII du *Traitement de la syphilis*. Maloine, éditeur.
HEIMOFF (L.). — Biologic false positive serologic blood tests following stimulating dose of tetanus toxoid (Fausses réactions positives biologiques après injection d'anatoxine tétanique). *Military Surgeon* (U. S. A.), t. **95**, novembre 1944, pp. 419-421.
HODEL (G.) (Los Angeles). — The clinician and the serologic report. Key problems in the sero-diagnosic of syphilis (Le clinicien et les données de la sérologie. Quelques problèmes-clefs dans le séro-diagnostic de la syphilis). *Venereal Disease Information*, t. **23**, n° 6, juin 1942, pp. 215-221. Bibliogr.
JAHNEL (F.). — Réactions syphilitiques intenses spécifiques au cours d'une affection respiratoire et leur importance pratique. *Klin. Wschr.*, **20**, n° 44, 1er novembre 1941, pp. 1089-1393. Bibliogr.
KANE (L.) et HENNEMAN (P.) (U. S. A.). — False positive Hinton reactions following Chicken pox (Réactions de Hinton faussement positives après varicelle). *New England Journal of Medecine*, t. **233**, 1945, p. 407.
LÉVY (Georges). — La réaction de Bordet-Wassermann en dehors de la syphilis. *Encyclopédie médico-chirurgicale*, 3010 pages, 2, 3, 4.
LOVEMAN (A.). — False positive serologic reactions for syphilis. Report of 100 cases following routine immunizations and upper respiratory infectious (Réactions de la syphilis faussement positives. Rapport sur 100 cas après immunisations réglementaires et infections de l'appareil respiratoire supérieur). *Bulletin of U. S. Army Medical Department*, n° 80, septembre 1944, pp. 95-106.
LUBITZ (J.). — Serologic reactions following smallpox vaccination (Réactions sérologiques après vaccination jennérienne). *Proc. Inst. Med.*, t. **14**, 15 février 1943, pp. 343-344.
LYNCH (F.), BOYNTON (R.) et KIMBALL (A.). — False positive serologic reaction for syphilis due to smallpox vaccination (vaccinea) (Fausses réactions positives de la syphilis par vaccination jennérienne). *The Journal of American Medical Association*, t. **117**, 23 août 1941, pp. 591-595.
MARTIN (H.). — Deux cas d'infiltrat pulmonaire à Wassermann positifs. *Klin. Wschr.*, **22**, 2 février 1943, n° 9, 184-186.
REIN (Ch.) et ELSBERG (E.). — Studies on the incidence and nature of false positive serologic reaction for syphilis (Études sur la fréquence et la nature des fausses réactions sérologiques positives de la syphilis). *Americ. Journal Clin. Path.*, t. **14**, septembre 1944, pp. 461-465.
SÉZARY. — Les résultats erronés des séro-réactions syphilitiques. *Presse médicale*, 3-6 décembre 1941, nos 104-105, pp. 1301-1302.
DE SÈZE (S.), ORDONNEAU (P.) et GODLEWSKI (S.). — Ictère hémolytique acquis avec anémie interne et splénomégalie. Réactions de Bordet-Wassermann et de Meinicke positives. Guérison et négativation des réactions sérologiques sans traitement antisyphilitique. *Bulletin et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, t. **62**, nos 8, 9, 10, 11, 12, séance du 1er mars 1946, pp. 143-145.
ROSENBERG (A.). — Effect of Malaria on serologic tests for syphilis (Effets du paludisme sur les réactions sérologiques de la syphilis). *Bulletin of U. S. Army Medical Department*, janvier 1945, n° 84, p. 74.
TOURAINE (A.). — La réaction de Wassermann en dehors de la syphilis. *Revue de Médecine*, 1920, n° 2, pp. 103-123 ; *Concours Médical*, 22 février 1947 ; *Soc. fr. de Dermat. et Syphiligr.*, 13 mars 1947, p. 111.
TZANCK (A.). — *Soc. fr. de Dermat. et Syphil.*, 13 mars 1947, p. 110.
VANDERMALIÈRE. — *Thèse Paris*, 1940.
WOLMAN (New-York). — Positive reaction to the Kahn test for syphilis. Their insidence and meaning in healthy American men (La réaction de Kahn, sa fréquence et sa signification chez l'Américain sain). *The American Journal of the Medical Sciences*, t. **212**, n° 3, septembre 1946, pp. 208-288, 6 tableaux. Bibliogr.

RECUEIL DE FAITS

SUR UN CAS DE POÏKILODERMATOMYOSITE CHEZ UN PROSTATIQUE GUÉRISON DES LÉSIONS CUTANÉES APRÈS SONDAGE ET AIGUILLAGE

Par P. LE COULANT et L'ÉPÉE

(*Travail de la Clinique Dermatologique :* Pr Joulia).

Le syndrome isolé par G. Petges et Clejat en 1906, retrouvé par Jacobi en 1908 et dénommé par lui poïkilodermie atrophiante vasculaire, comprend des formes cutanées pures, des variétés avec myosite, d'autres avec concrétions calcaires sous-cutanées.

La poïkilodermie réticulée pigmentaire du visage et du cou, décrite par Civatte en 1923, ne semble pas devoir faire partie de cette affection mais doit plutôt être considérée comme un syndrome d'atrophie réticulée cicatricielle, conséquence de l'évolution de dermatoses variées telles que les mélanoses du visage et du cou, type Riehl, Hoffmann et Habermann, peut-être aussi de certaines variétés de lichens plans et de lupus érythémateux.

La maladie de Petges et Jacobi, affection relativement rare, de diagnostic facile cependant, est de nature inconnue. Les hypothèses les plus variées ont été émises : origine endrocrinienne, origine infectieuse : tuberculose, syphilis, scarlatine (Degos, *B. S. F. D. S.*, 11 juillet 1946, p. 517). Il ne s'agit donc pas de conclure mais d'apporter une simple contribution personnelle à la question pendante, en versant aux débats un nouveau cas de poïkilodermatomyosite observé récemment dans le service de la Clinique Dermatologique et dont l'évolution ne manque pas d'intérêt.

L... Paul, âgé de 76 ans, est hospitalisé le 20 août 1946 pour une poïkilodermie généralisée datant de six mois environ. Il présente une bronchite chronique depuis la guerre de 1914-1918. Un de ses fils est mort de tuberculose pulmonaire; un autre est diabétique.

Les lésions cutanées ont commencé au printemps (mars 1946) sans exposition particulière au soleil, en même temps qu'on décelait une albuminurie, qu'il apparaissait une asthénie intense, un prurit discret et une certaine difficulté pour avaler. Le 20 août 1946, il présente des lésions cutanées presque généralisées, constituées avant tout par un mélange d'œdème rosé avec télangiectasies, d'atrophie cicatricielle réticulée; puis apparaissent une desquamation lamelleuse et des formations croûteuses sans pigmentation. Ces lésions occupent les parties découvertes et les



Fig. 70. — Maladie de Darier (lésions dyskératosiques de la face dorsale d'une main) (Grzybowski, Varsovie).

Fig. 69. — Ichtyose (Degos).

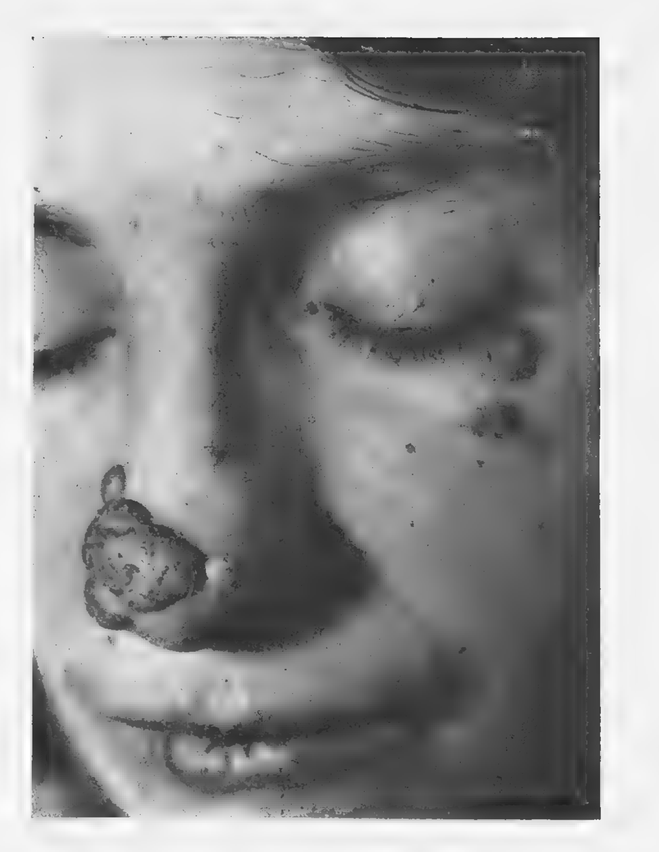


Fig. 71. — Iodides végétantes (Gaté, Lyon).



Fig. 72. — *Dermatosis papulosa nigra* de Castellani (Oswaldo G. Costa, Belo Horizonte, Brésil).

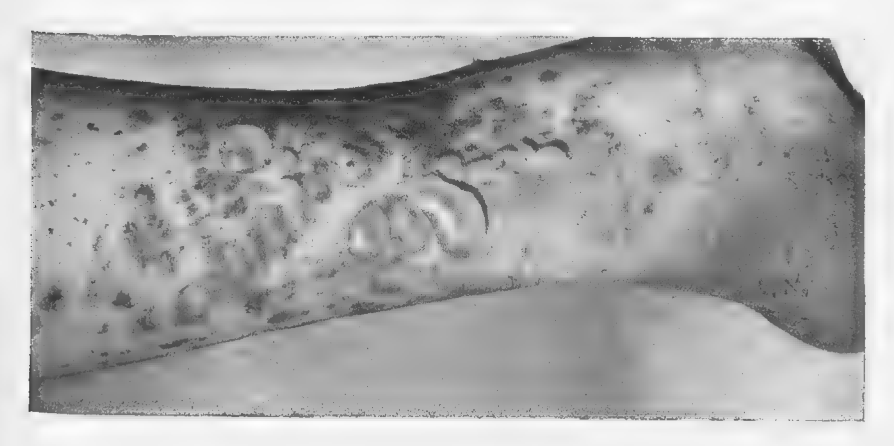


Fig. **74.** — Purpura bulleux (Femme de 31 ans) (Touraine).

Fig. **73.** — Maladie osseuse de Paget (Homme de vingt ans : infantilisme, syphilis congénitale, sérologie positive) (Méchin, Constantine).



Fig. 75 — Syphilides folliculaires acnéiformes de la région lombaire (Clément Simon).

régions saillantes. Ainsi, les lésions du visage et du cou, semées de télangiectasies, ont une limitation inférieure relativement nette, correspondant au décolleté. Au visage, elles siègent en lunettes au niveau de la racine du nez et des paupières qui sont gonflées. Les joues, les oreilles, les sillons naso-géniens sont indemnes.

On note, sur le crâne, une raréfaction des cheveux et un aspect rappelant l'eczéma séborrhéique, mais avec des croûtes plus épaisses et plus adhérentes, laissant après leur chute une atrophie réticulée notable. Au cou, la peau est amincie; pelure d'oignon, rappelant une feuille de papier à cigarette froissée. Aux membres supérieurs, les lésions occupent les régions saillantes : région deltoïdienne, coudes, crêtes cubitales, dos des poignets, saillies des métacarpiens, des phalanges et de leurs articulations réciproques. Les dépressions intermétacarpiennes et les espaces interdigitaux sont indemnes. Les lésions des mains sont cyanotiques du fait d'une insuffisance cardiaque simultanée. Aux coudes, on trouve des lésions ulcéro-croûteuses. Les ongles sont normaux.

On note également une rétraction de l'aponévrose palmaire droite.

Lésions discrètes d'érythème télangiectasique et d'atrophie réticulée au niveau des saillies scapulaires.

Au niveau de l'épigastre, l'atrophie cicatricielle en réseau, enserrant dans ses mailles arrondies un érythème pâle, est plus marquée que partout ailleurs; mais elle respecte le fond des plis transversaux de l'abdomen.

Les fesses, le plan postérieur des cuisses, la région rotulienne sont également atteints, alors que le creux poplité, les jambes et les pieds sont respectés par l'érythème et l'atrophie, mais présentent un œdème mou gardant le godet, du type cardiaque. Les lèvres, la langue, la muqueuse jugale sont nettement augmentées de volume et plus rouges que normalement. Grosses varicosités violacées et fines télangiectasies à la face interne des lèvres.

Les muscles biceps paraissent un peu rétractés et scléreux, ne permettant pas l'extension complète des avant-bras sur les bras. Les autres groupes musculaires ne semblent pas très atteints. L'examen cardiovasculaire décèle des radiales en tuyau de pipe, des humérales sinueuses; la pointe du cœur est abaissée et déviée en dehors; les bruits du cœur sont sourds. Hypertension artérielle avec Mx. 22, Min. 16, indice 3 au Pachon. Tousseur et cracheur chronique, le malade présente des râles ronflants et sibilants disséminés dans les deux champs pulmonaires, ainsi que des râles sous-crépitants de congestion passive des deux bases. Il a de la difficulté à uriner. Le globe vésical énorme atteint l'ombilic et le cathétérisme permet de ramener un volume d'urine de 600 centimètres cubes.

Réflexes normaux. Intellect normal. Dans l'impossibilité de le déplacer, il n'a pas été possible de faire l'examen électrique des muscles.

Examens de laboratoire. — Recherche du bacille de Koch dans les crachats : négative à trois reprises.

Cuti-réaction à la tuberculine : faiblement positive.

Sédimentation des hématies : 18 mm. en une heure.

Vernes à la résorcine : 7.

Bordet-Wassermann dans le sang : négative.

Sang :

Calcémie	0,098
Lipémie	5 gr. 70
Glycémie	0,90
Urée sanguine	0,42
Protéides	76 gr.
Sérine	35 gr.
Globulines	41 gr.

Rapport $\frac{S}{G}$: 0,85.

Urines : albumine : 0,04 avec nombreux leucocytes et flore microbienne très abondante dans le sédiment urinaire.

Il s'agit donc d'un malade atteint de poïkilodermatomyosite généralisée avec bronchite chronique, sclérose vasculaire, hypertension artérielle et hyposystolie, rétention d'urines. On le transfère dans le service du Professeur Dargel. La rétention d'urines provient d'un adénome prostatique. On met en place une sonde à demeure. Puis on tente une implantation de radium (7 aiguilles pendant 5 jours), ce qui amène une disparition clinique de l'adénome.

Depuis l'installation de la sonde à demeure, la poïkilodermie s'est rapidement améliorée : l'érythème disparaît alors que se produit une desquamation abondante et le 20 septembre 1946, la guérison est presque complète avec seulement persistance de l'atrophie cicatricielle réticulée.

Cependant, la dysphagie s'est aggravée : le malade ne peut plus avaler que des liquides ou des purées. Un examen laryngoscopique révèle un œdème de la muqueuse pharyngée et laryngée avec infiltration des arythénoïdes faisant penser, soit à un cancer de la région arythénoïdienne, soit à des lésions muqueuses en rapport, peut-être, avec la poïkilodermie. L'examen radiologique montre une gêne du deuxième temps de la déglutition avec reflux pharyngé, mais le transit œsophagien est normal.

Le 26 septembre 1946, le Docteur Moure pratique, sous anesthésie, une œsophagoscopie qui révèle la présence de pus extrêmement abondant au niveau de la bouche œsophagienne. Ce pus paraît provenir de l'arbre pulmonaire. La bouche œsophagienne est le siège d'un très léger spasme qui est franchi aisément après cocaïnisation. L'exploration de l'œsophage, jusqu'à 35 centimètres, n'indique aucune anomalie, si ce n'est une grande quantité de pus dégluti. Le soir de cette œsophagoscopie, le malade présente un état de collapsus et meurt.

L'autopsie ne permet de déceler aucun néoplasme, mais révèle l'existence d'une dilatation des bronches.

Histologie pathologique. — Biopsie : il a été prélevé :

1° de la peau de la région cervicale à cheval sur la peau saine et une zone d'atrophie;

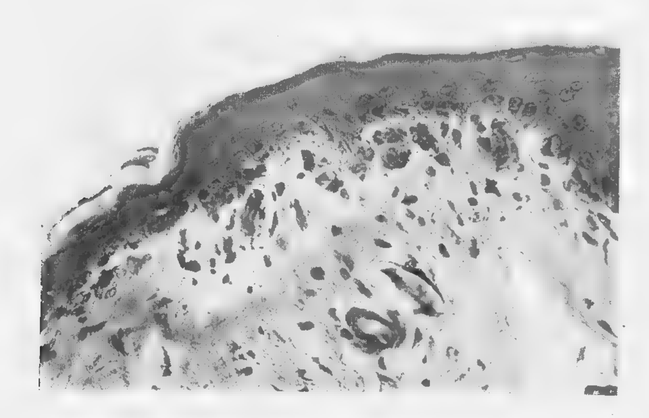


Fig. 1.

2° un fragment de muscle biceps;

3° un ganglion.

Les coupes ont été colorées par l'hématéine-éosine; bleu de toluidine; érythrosine; orcéine-acide; imprégnation argentique de la mélanine.

1° Peau : l'épithélium varie d'épaisseur suivant les différentes parties de la coupe.

Ici, il est sensiblement normal avec quelques golfes cornés, un ostium sudori-

pare, une desquamation cornée lamelleuse, une granuleuse d'épaisseur normale, un corps muqueux de Malpighi classique. La basale est relativement régulière. Au niveau d'une papille, elle semble cependant dissociée par un léger œdème qui occupe le derme superficiel. Ce dernier, délicat, présente des fibres conjonctives fines au voisinage de la basale, plus denses dans la profondeur. Nombreuses cellules conjonctives à gros noyaux ovales; quelques lymphocytes. Dans la profondeur, au niveau des vaisseaux capillaires, infiltration plus marquée de cellules à type de gros mono; les vaisseaux sont légèrement dilatés et gorgés de sang. L'endothélium est normal.

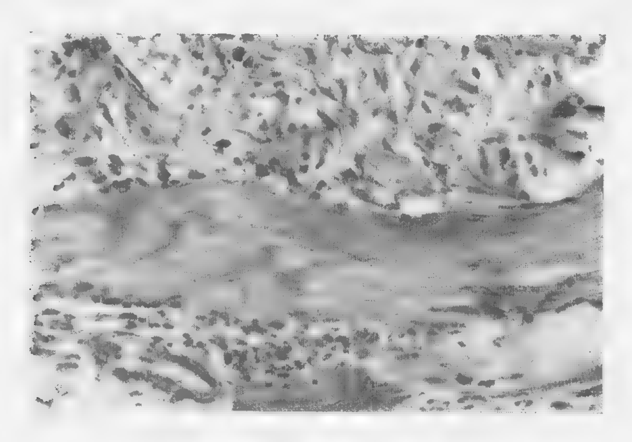


Fig. 2.

Là, au contraire, on constate que l'épiderme perd de son épaisseur, la couche cornée est à peine visible, la couche d'éléidine est réduite à une seule assise cellulaire; le corps muqueux est très diminué d'épaisseur et, au voisinage de la basale, les cellules qui le composent sont dissociées par l'œdème qui distend les filaments d'union. La basale est irrégulière, parfois complètement dissociée par l'œdème qui forme de petites vacuoles dans lesquelles baignent les cellules basales et d'autres cellules venues du derme à noyau très chargé de chromatine et dont le cytoplasme est rempli de pigment. Dans le derme superficiel, au voisinage de la basale, on trouve les corps hyalins décrits par Civatte. Dans la profondeur, le tissu conjonctif est très varié d'aspect : tantôt œdémateux, et les fibres conjonctives sont alors dissociées avec quelques cellules conjonctives ovalaires et étoilées, plus abondantes autour des vaisseaux, tantôt au contraire, il est densifié, épaissi. Quelques cellules (chromatophores) chargées de pigment tatouent le derme superficiel. Les vaisseaux semblent nombreux, plus que normalement, toujours dilatés, plus ou moins gorgés de sang. L'endothélium est normal. Par place, les cellules pigmentaires sont beaucoup plus nombreuses et siègent immédiatement sous la basale. Aucune modification du derme profond où l'on trouve des glandes sudoripares.

En résumé : aspect typique de poïkilodermie de Petges et Jacobi, avec alternatives de peau saine et d'atrophie cicatricielle, dilatation des vaisseaux : télangiectasies, présence de corps hyalins (Civatte, Petges).

Ganglion : structure normale.

Biceps : par place, infiltrat cellulaire qui entoure certains faisceaux musculaires et les dissocie. Autour de l'infiltrat, et lui servant également de support, le tissu conjonctif pénètre entre les faisceaux musculaires. Cette infiltration, composée de cellules mononucléées, de lymphocytes, quelques polynucléés plus rares, de très

grosses cellules à type d'hystiocytes, de cellules étoilées, à laquelle s'associent des fibres collagènes, donne l'impression de désagréger les faisceaux musculaires qui perdent leur affinité tinctoriale et leur structure fine, en particulier leur disposition scalariforme. Les noyaux sont plus flous et moins nombreux. On note également une infiltration périvasculaire surtout monocytaire.

On retrouve cette disposition en de nombreux points de la préparation avec plus ou moins d'intensité; elle stigmatise la myosite scléreuse signalée dans la poïkilodermatomyosite.

Nécropsie : foie : la structure est conservée sans grandes modifications. Les espaces de Kiernan sont peut-être un peu plus denses et sont le siège d'une légère infil-

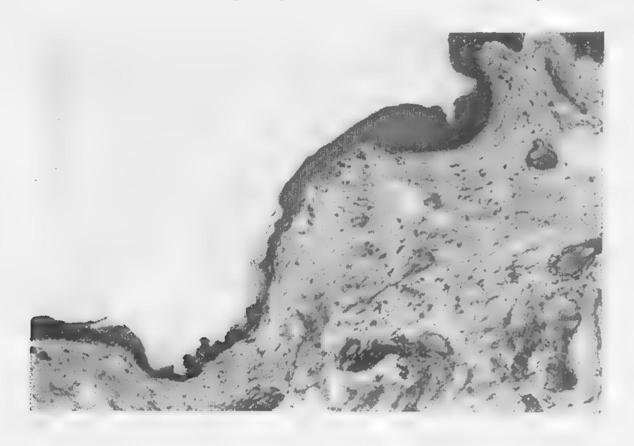


Fig. 3.

tration de cellules mononucléées et de quelques polynucléaires. Les vaisseaux sont nettement scléreux et entourés d'une épaisse gangue conjonctive. Leur lumière est rétrécie, sans modification sensible de leur endothélium.

Parathyroïde : la pièce prélevée ne comportait pas de fragment de cette glande.

Rein : ébauches de granulations de Bright. Légère infiltration cellulaire périglomérulaire. Quelques glomérules fibreux. Épaississement des travées fibreuses et de la capsule.

Muscle : décomposition cadavérique.

Rate : structure normale. Travées et capsule un peu épaissies.

En résumé : malade de 76 ans présentant depuis quelques mois une poïkilodermatomyosite dont l'évolution semble liée à une rétention d'urine. Le sondage et l'aiguillage détruisant la cause et ses conséquences, améliorent la dermatose.

L'infection urinaire est peut-être la raison qui a déclenché la poïkilodermie. Aussi, peut-on rapprocher cette observation de celle de Degos, déjà citée, dans laquelle c'est une scarlatine qui paraît avoir été l'origine de cette affection.

ANALYSES

8a. — *Muqueuse buccale.*

J. Delbos (Toulon). — **Contribution à l'étude des syndromes aphteux de la bouche.** *Revue de Pathologie comparée*, année **46**, nos 569-570, janvier-février 1946, pp. 61-67, 5 indications bibliographiques.

« En analysant minutieusement les faits, on est frappé par la similitude des deux groupes d'affections qui sont d'une part les aphtes communes et la sprue, d'autre part l'aphtose de Touraine et la fièvre aphteuse ». Néanmoins l'A. décrit successivement et brièvement ces quatre types cliniques séparément.

A. Touraine.

G. Mattaldi. — **Les courants électriques parasites de la bouche** (Las corrientes electricas parasitas de la boca). *Revista odontologica* (Buenos-Aires), t. **34**, 1946, pp. 58-70, 6 figures, d'après *La Revue de Stomatologie*, t. **48**, n° 1, 1947, p. 94.

L'A. rappelle l'historique de l' « autogalvanisme » et rapporte quelques observations personnelles : Brûlures de la langue après deux obturations, l'une à l'amalgame, l'autre à l'or. Leucoplasie. Noircissement d'une couronne d'or. Ulcération de la muqueuse près d'une obturation avec un amalgame de cuivre au contact d'un bloc d'or. Saveur métallique et syndrome gastrique à la suite d'une prothèse fixe en acier avec couronne et soudure en or.

Les *troubles fonctionnels* habituels sont : goût métallique dans la bouche, hypersécrétion salivaire, irritabilité pulpaire, sensation de chaleur ou de brûlure de la langue, parfois névralgie du trijumeau.

Les *symptômes physiques* sont : altération et changement de couleur des plombages ou des appareils de prothèse, décalcification des dents, érythèmes et ulcérations de la muqueuse, leucoplasie [avec évolution cancéreuse possible, *An.*].

Les causes favorisantes sont : ancienneté de l'installation de l'électro-galvanisme (des mois et même des années), terrain d'avitaminose, d'anémie, d'acidose, d'alcoolisme, de tabagisme.

A. Touraine.

R. Engel (Aix-la-Chapelle). — **Macroglossie amyloïde** (Amyloid macroglossia). *The Lancet*, t. **252**, n° 6451, 19 avril 1947, p. 535, 2 figures histologiques.

Homme de 53 ans, mort de défaillance cardiaque, infarctus du poumon. Presque toute la moitié du cœur était amyloïde. Atteinte de la langue, de l'œsophage, de la paroi de certaines artères et veines.

Les protéines pathologiques (paraprotéines d'Apitz) sont élaborées par les plasmocytes; l'une d'elles est la protéine de Bence-Jones. Les mêmes cellules tumorales élaborent aussi diverses autres protéines qui peuvent infiltrer le tissu avoisinant. Si, dans certains cas, ces cellules tumorales ne peuvent être trouvées, c'est que leur aire est trop réduite; l'amylose reste localisée; ce peut être le cas pour la langue.

A. Touraine.

Lepoivre. — **Les leucoplasies.** *Société d'Odontologie de Paris*, 5 novembre 1946, *La Revue de Stomatologie*, t. **48**, n° 1, 1947, pp. 70-71.

Revue générale sommaire qui néglige toutes les leucoplasies d'origine congénitale (cheilite glandulaire, épidermolyse bulleuse, polykératose, etc.). Aucun fait nouveau; à ne pas lire.

A. Touraine.

A. Hobaek. — **Leucoplasie buccale** (Leukoplakia oris). *Den Norske Tannlaegeforenings Tidende* (Oslo), t. **56**, 1946, n° 3, pp. 87-121, 12 figures, d'après *La Revue de Stomatologie*, t. **48**, n° 1, 1947, p. 35.

Rappel des symptômes et du diagnostic de la leucoplasie buccale. Sur 246 cas, 169 ont évolué en cancer, Sur 1.274 cancers de la bouche vus de 1932 à 1945, 16 o/o se sont développés sur une leucoplasie.

Suivant le siège, le pourcentage des cancers sur leucoplasie a été le suivant : lèvres : 10,8 sur 645 cancers; langue et région sublinguale : 13,1 sur 336; gencives : 19 sur 110; voûte palatine : 11,2 sur 89; cavité buccale : 25,8 sur 93.

A. Touraine.

9a. — *Appareil pilo-sébacé.*

P. Louyot. — **Inconvénients et avantages des soins donnés à la chevelure.** *Le Concours Médical*, t. **68**, n° 5-6, 10 février 1946, pp. 105-107.

Revue générale des accidents entraînés, chez le coiffeur ou le client, par les produits chimiques (shampooings, eau oxygénée, teintures, cosmétiques, etc.), les agents physiques (ondulations permanentes, etc.). Intérêt de la « touche » de Sabouraud. A. Touraine.

M. Juon (Lausanne). — **Résultats cliniques obtenus avec l'acide pantothénique dans les maladies du cuir chevelu.** *Dermatologica*, t. **91**, n° 6, 1945, pp. 310-318

Donné soit en frictions avec une solution à 1 o/o soit par la bouche, à la dose de 4 à 6 comprimés de 0 gr. 025 par jour. L'acide pantothénique a donné les résultats suivants.

69 cas de *pelade* : 5 bons résultats, 46 résultats favorables [ce terme convient-il pour des cas qui ont demandé plusieurs mois de traitement. *An.*]. 18 résultats non supérieurs à ceux des autres méthodes.

21 cas d'*alopécie séborrhéique* : 3 bons résultats.

11 cas de *troubles trophiques divers* des cheveux : 5 bons résultats, 6 intéressants [sans détails. *An.*].

20 *canities* : 5 bons résultats par doses massives [non suivis].

A. Touraine.

J. Margarot, P. Rimbaud et Ravoire. — **Alopécie liminaire frontale d'origine traumatique.** *Bull. Soc. Méd. Montpellier* et *Languedoc Méd.*, 6 juillet 1945.

Chez une jeune femme de 24 ans les auteurs ont observé une bande d'alopécie transversale à un centimètre du bord libre du cuir chevelu et se terminant de chaque côté des tempes. Il n'existe ni la desquamation pityriasique, ni l'infection folliculaire qui pour certains auteurs sont à l'origine de cette lésion. Par contre, la malade porte régulièrement des bigoudis; il est probable que les traumatismes répétés et les tiraillements qu'ils provoquent doivent être incriminés comme facteur déterminant. P. Rimbaud.

O. Costa (Belo Horizonte, Brésil). — **Alopécie liminaire traumatique par arrachement des cheveux** (Traumatic marginal alopecia due to traction on the hair). *The British Journal of Dermatology and Syphilis*, t. **58**, n° 11-12, novembre-décembre 1946, pp. 280-286, 4 figures.

Après avoir reproduit les descriptions cliniques et étiologiques de Sabouraud (1929-1936), Ribeiro (1936-1937), Balina (1932-1937), Louste et Rabut (1933), Sézary et Rabut (1937), Spencer (1941), etc. Costa constate l'assez grande fréquence de l'affection chez les négresses, sa rareté chez les blanches, sa production par épingles ou peignes à cheveux. Il décrit des formes fronto-marginale, fronto-temporale, ophiasique, non marginale. L'affection est progressive et dure tant que les pratiques traumatiques de coiffure n'ont pas cessé. A. Touraine.

F. Ronchese et R. Chace (Providence, U. S. A.). — **Alopécie systématisée des jambes et calvitie ; son absence apparente de signification** (Patterned alopecia about the calves and its apparent lack of significance). *Archives of Dermatology and Syphilology*, vol. **40**, septembre 1939, pp. 416-421, 3 figures. Bibliographie.

Chez 35 o/o des hommes il existe une alocépie systématisée bilatérale, symétrique, de la face externe du tiers supérieur de la jambe, alopécie que l'on doit distinguer de celle des fixe-chaussettes (qui se reconnaît à ses poils cassés). Kidd (1925) y voit une anomalie héréditaire; Tommasi (1929), Paglia (1931), Serio (1937) constatent sa fréquence chez les neuro-arthritiques; Robertson (1938) admet ses relations directes avec la calvitie (les deux coexistent chez 34 o/o des hommes).

De leurs recherches personnelles les A. concluent que sur 100 hommes 35 hommes sont atteints d'alopécie des jambes, dont 14 ont un passé d'arthritisme (dont 6 avec calvitie). Il ne semble pas qu'il y ait de relations de l'alopécie systématisée des jambes ni avec la calvitie, ni avec le neuro-arthritisme

A. Touraine.

A. P. Chavarria, L. Goldmann, C. Saenz-Herrera et E. Cordero-Carjaval. — **Canities and alopecia in children associated with avitaminosis.** *The Journ. Amer. Med. Assoc.*, **132**, n° 10, 9 novembre 1946, pp. 570-572, 5 figures.

Les A. ont observé, à Costa Rica, des troubles particuliers (alopécie diffuse ou à prédominance frontale avec dépigmentation des cheveux) chez les enfants présentant des avitaminoses graves complexes, analogues à ceux qui ont été signalés dans la pellagre infantile en Afrique du Sud; la même avitaminose ne s'accompagne pas, chez l'adulte, de troubles analogues. L. Golé.

Leone Rita (Turin). — **Sur les rapports entre le microbacille de Sabouraud et quelques types d'acné** (Sui rapporti fra il microbacillo di Sabouraud ed alcuni tipi di acne). *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, vol. **85**, fasc. III, décembre 1944, pp. 267 à 282, 3 figures.

L'A. a voulu rechercher quelle part on devait attribuer au microbacille dans la genèse de l'acné, et il s'est servi pour ces recherches d'un milieu de culture qui n'avait pas encore été utilisé dans ce but : le terrain Tarozzi (bouillon de viande auquel on ajoute un fragment stérile d'organe de cobaye ou de lapin : foie, cerveau, rate, rein; après en avoir contrôlé la stérilité par un séjour à l'étuve, on recouvre la surface de 2 à 3 centimètres d'huile de vaseline stérile).

Il a fait les constatations suivantes :

1° Le bacille de l'acné se rencontre en culture pure dans une variété d'acné superficielle et dans l'acné indurée profonde.

2° Ce bacille, inoculé dans la peau humaine, y provoque une réaction nodulaire de type habituellement infiltrant, exceptionnellement de type suppuratif.

3° Des inoculations répétées déterminent l'apparition d'un état allergique particulièrement évident chez le cobaye, avec suppuration abondante.

4° Le bacille de l'acné est capable de provoquer chez l'homme et chez le cobaye l'apparition d'une nette structure tuberculoïde superposable à celle qui a été décrite dans certaines lésions spontanées d'acné profonde.

L'A. fait observer que cette tendance du microbacille à déterminer la formation de structures tuberculoïdes n'est pas sans importance vis-à-vis de la théorie qui voit dans l'acné indurée et dans l'acné conglobata un processus de nature tuberculeuse.

Se basant sur des considérations bactériologiques, cliniques et histologiques, l'A. conclut que le bacille de l'acné n'est pas étranger à la pathogénie de l'acné, même s'il n'en résume pas toute l'étiologie. Il pense que, à travers la paroi folliculaire altérée par des causes mécaniques, chimiques ou bactériennes d'autre nature,

le microbe, présent dans le sébum ou dans le comédon, peut pénétrer dans les tissus avoisinants et devenir responsable de certains types de lésions profondes, à caractère infiltrant, caractérisées histologiquement par la présence relativement fréquente de cellules géantes. Celles-ci se forment sans doute sous l'influence de propriétés chimiques particulières de la gaine du germe (cires ?) comme on peut le penser du fait de sa présence habituelle dans un milieu riche en graisses (le sébum de l'épiderme) et aussi du fait de son acidophilie bien qu'elle soit faible et inconstante. L'action pathogénique du microbacille peut donc être interprétée dans le sens restreint de co-facteur, mais non de facteur exclusif.

BELGODÈRE.

P. H. NEXMAND. — **Un cas de séborrhée avec comédons et relation avec une paralysie faciale** (A case of seborrhœa with comedomes in conjunction with facial paralysis). *Act. Dermat. Venereologica*, vol. **25**, fasc. III, novembre 1944, pp. 275-289, 3 figures. Bibliographie.

Garçon de 23 ans. Otite droite et mastoïdite. Opération. Une demi-heure après l'opération, apparaît une paralysie faciale complète. Quatre jours plus tard, transplantation d'un fragment du fémoro-cutané entre les deux tronçons du facial sectionné. Insuccès.

Quatre mois après, la moitié droite du visage, toujours complètement paralysée, est luisante de séborrhée, et piquetée de nombreux comédons. Puis surviennent des éléments d'acné.

L'A. signale quelques observations de faits analogues, qui permettent comme celui-ci de conclure à une action du système nerveux sur la sécrétion sébacée; et rappelle les quelques notions que nous devons aux anatomistes et aux physiologistes, sur l'innervation des glandes sébacées et sur la présence de fibres sympathiques dans le facial et le trijumeau. A. CIVATTE.

H. FORBES. — **Fréquence des formes cliniques de l'acné chez l'homme** (The incidence of clinical acne in men). *The British Journal of Dermatology and Syphilis*, t. **58**, n° 11-12, novembre-décembre 1946, pp. 298-300. Bibliographie.

Rappel des travaux antérieurs. Sur 2.500 soldats de 18 à 49 ans, les cas d'acné ont été répartis en 3 groupes : 1 : comédons seulement; 2 : comédons avec papules et pustules; 3 : papules et pustules avec quelques comédons. La répartition a été la suivante, en pourcentages.

Age	Nombre d'hommes	Groupe 1	Groupe 2	Groupe 3
—	—	—	—	—
18-19	189	27	43	5
20-24	568	26	30	4
25-29	626	23	17	3
30-39	906	16	12	1
40-49	211	7	8	0,5

Sur 10 hommes de 30 à 49 ans, 1 a donc de l'acné.

Les pourcentages d'autres auteurs étaient : 16 o/o pour Cohen (1942), 15 o/o pour Godman (1934), 32 o/o pour Cunningham et Lunsford (1931), 10 o/o pour Cohen (1945) (les trois derniers chez des femmes seulement).

A. TOURAINE.

L. CORDIVIOLA, C. QUÉVÉDO et P. BOSQ. — **Acne conglobata.** *Rev. Argent. Dermatosifilolog.*, t. **30**, n° 1-2, janvier-juin 1946, pp. 108-111.

Une malade de 18 ans présente, depuis un an et demi, à la région vulvaire des, papulo-pustules acnéiformes, phlegmoneuses avec petits abcès, cicatrices et indurations fibreuses. Œdème régional marqué, forte déglabration de la région. Pas de tem-

pérature ni d'adénopathie régionale. Réactions de Frei, Wassermann, Kahn, négatives ; celle de Vollmer (tuberculine) légèrement positive. L'histologie montre un processus inflammatoire avec congestion, inflammation plasmocytaire, localisée au derme, qui disloque le réseau élastique et soulève l'épiderme ; celui-ci réagit secondairement en envoyant, vers la profondeur, des bourgeons épithéliaux (acanthosis). Dans le pus des abcès, staphylocoque blanc ; mais l'inoculation au cobaye et à la malade, par scarification, fut négative.

Les auteurs citent les opinions de Sézary et de Selisky, qui croient que le staphylocoque blanc est, ici, un micro-organisme d'infection secondaire. Considérant la difficulté de trouver le microbe et son absence de virulence, ils croient pouvoir faire le diagnostic d'acné conglobata. JONQUIÈRES.

H. BROWN. — **Acné et folliculites** (Acne and pimples). *British Medical Journal*, 29 juin 1946, p. 1010.

L'auteur : 1° défend le savon sauf grosse malpropreté et alors être sûr de le rincer complètement, il préconise de laver le visage à l'eau tiède, ne pas essuyer; 2° badigeonner ensuite avec de l'ouate imbibée d'alcool méthylique, matin et soir; 3° épousseter les cheveux avec un chiffon humide. Dans la plupart des cas, l'A. a constaté une grosse amélioration en quelques jours et la guérison est généralement rapide. M. MANSOUR.

H. CORSI. — **Folliculite décalvante** (Folliculis decalvans). *Proceedings of the Royal Soc. of Medicine* (*Section of Dermatology*, 18 avril 1946), t. **39**, n° 4, septembre 1946, p. 681.

Homme de 40 ans, atteint de calvitie banale extensive. Sur les faces latérales et postérieure du cuir chevelu, semis de petites taches rappelant la pseudo-pelade de Brocq, mais qui sont érythémateuses et montrent depuis quelques semaines des pustules folliculaires. L'A. en fait un exemple de folliculite décalvante de Quinquaud.

Dans un cas analogue, avec atteinte des sourcils, Mitchell-Heggs a eu un échec avec la pénicilline et un succès avec le sulfathiazol. A. TOURAINE.

A. MARIN. — **Traitement de l'acné vulgaire.** *L'Union médicale du Canada*, t. **69**, n° 11, novembre 1940, pp. 1232-1233.

Marin recommande particulièrement la radiothérapie. Celle-ci est employée dans 80 o/o des cas à la Clinique Vanderbilt de New-York et Mac Kee, sur 2.000 cas, n'a jamais eu ni radiodermite, ni séquelles, mais une guérison en moins de 6 mois dans 95 o/o des cas. Marin, sur 500 cas, n'a observé aucun incident. Poirier, de Montréal, a eu des résultats analogues. A. TOURAINE.

M. GOLDZIEHER (New-York). — **Traitement de l'alopécie par les œstrogènes** (Treatment of Hairloss with Estrogen). *Dermatologica*, t. **93**, n° 1, 1946, pp. 31-35. Courte bibliographie.

95 femmes et 65 hommes, atteints d'alopécie séborrhéique, ont été traités par une friction une ou deux fois par jour avec une émulsion renfermant 1,5 à 3 milligrammes de benzoate d'œstradiol, d'œstradiol ou de diéthylestilbœstrol pour 100 centimètres cubes.

Arrêt de la chute des cheveux chez 84 o/o des femmes et 80 o/o des hommes. La cessation du traitement après 2 mois n'a été que rarement suivie de récidives chez les femmes, alors que les rechutes ont été la règle chez les hommes.

A. TOURAINE.

Luigi RICCIARDI (Rome). — **Traitement de l'acné juvénile au moyen de substances œstrogènes homologues** (Terapia dell'Acne giovanile con sostanze estrogene omologhe). *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, vol. **84**, fasc. IV, août 1946, pp. 473 à 481. Bibliographie.

L'étiologie de l'acné vulgaire demeure un problème encore très obscur et qui attend encore une solution, et l'A. rappelle les différentes hypothèses qui ont été

émises. Il fait mention entre autres de l'opinion de Bloch pour qui l'acné vulgaire était intimement liée à une fonction de l'appareil endocrine et en particulier des gonades. D'autres auteurs ont démontré par leurs recherches que, chez les sujets acnéiques en général, il y avait carence de substance œstrogène comparativement aux sujets normaux.

Partant de ces données, Ricciardi a voulu essayer l'action de substances œstrogènes extraite de l'urine de femmes enceintes. La substance ainsi obtenue était employée sous forme d'injections sous-cutanées. Ainsi on utilisait une substance homologue, tandis que dans des recherches faites précédemment par d'autres auteurs on s'était servi soit de produits synthétiques, soit de substances hétérologues provenant d'animaux de diverses espèces.

L'A. reconnaît que les résultats qu'il a obtenus par cette nouvelle technique ne sont pas en général très satisfaisants; il a obtenu une légère amélioration seulement dans 27 o/o des cas. Mais il estime que l'on ne peut pas rejeter *a priori* la valeur de cette méthode thérapeutique qui lui semble promettre une certaine efficacité pourvu qu'on l'emploie dans des cas spécialement choisis.

Belgodère.

F. Moricard. — **Traitement local de l'hirsutisme chez la femme par les œstrogènes naturels et synthétiques.** *Archives hospitalières*, année 18, nos 13-14, juillet 1945, pp. 220-221. Courte bibliographie.

L'hirsutisme chez la femme dépend dans certains cas de facteurs génétiques. La peau de la face semble le siège d'un développement pilaire qui ne serait pas dominé par les hormones sexuelles; la peau des joues paraît fonctionnellement comparable au cuir chevelu; le traitement hormonal œstrogène, même à doses élevées, reste dans ces conditions sans effet.

Dans un cas d'hirsutisme survenu chez une jeune femme à la suite d'une grossesse, les applications *locales* de substances œstrogènes synthétiques ont entraîné par contre un ralentissement très marqué de croissance des poils de la face. Cette action locale semble due au mode d'administration de l'œstrogène utilisé : pommade au diéthylstilbœstrol — solution huileuse en suspension dans du glycérolé d'amidon — onctions 2 fois par jour avec une dose totale d'environ 15 milligrammes de diéthylstilbœstrol pendant 8 jours, puis de 30 milligrammes pendant 10 jours.

Lucien Périn.

M. Juon (Lausanne). — **La notion de terrain dans la pelade familiale et héréditaire.** *Dermatologica*, t. 87, no 4-5, avril-mai 1943, p. 212.

Dans un premier groupe de cas la pelade s'est montrée familiale et dans un deuxième groupe elle a été héréditaire. De tels faits permettent de nier toute valeur pathogénique à un agent infectieux et d'admettre que la pelade survient chez des sujets chez lesquels se vérifie la transmission héréditaire d'un terrain spécial, caractérisé par la labilité du système nerveux végétatif; de plus, chez ces sujets, l'évolution de la dermatose obéit manifestement aux variations du psychisme.

Dans le premier groupe, tous les névropathiques étaient deux par famille : père et fille, mère et fille, père et fils.

Dans le deuxième groupe figuraient notamment un névropathique de 30 ans dont la pelade survint à la suite d'une grave secousse nerveuse et dont le père et un frère avaient eu antérieurement la pelade; chez un autre sujet, atteint de grave dépression nerveuse, la pelade s'améliorait ou s'aggravait en coïncidence parfaite avec les fluctuations de la psychopathie.

A. Touraine.

Pr Giuseppe Bertaccini (Bari) — **Singulière dystrophie congénitale du système pileux (Kératose folliculaire et trichorrhexie généralisees)** (Singolare distrofia congenita del capillizio) (Cheratosi follicolare e tricoressi generalizzata). *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, vol. **84**, fasc. V, octobre 1946, pp. 523 à 537, 6 figures. Bibliographie.

Malade de 26 ans, qui présente depuis les premiers mois de sa naissance (à la naissance les cheveux auraient été normaux) des cheveux très courts (les plus longs n'ont que 3 à 4 centimètres, les plus courts seulement quelques millimètres). Ces cheveux sont fragiles, secs, laineux, opaques et, si on les examine à la loupe ou au microscope, ils présentent des inégalités de calibre et de pigmentation parfois accentuées, et aussi dans le même cheveu des épaississements et des amincissements mais qui ne sont pas aussi constants et réguliers et caractéritiques que ceux des poils moniliformes. Certains cheveux présentent aussi des torsions selon leur axe, mais pas aussi nombreuses et régulièrement espacées que dans le cas de « pili torti » et on n'y observe pas l'aplatissement du cheveu. Les poils des sourcils, des aisselles, du pubis, sont eux aussi plus rares, plus fragiles et plus courts qu'à l'état normal et au microscope ils offrent les mêmes altérations, que les cheveux, mais moins accentuées. Les poils de duvet également sont atrophiques. On observe en outre une kératose pilaire très accentuée à la tête (le maximum de cette kératose et des altérations des cheveux est à l'occiput). Cette kératose est évidente aussi aux membres (face d'extension). Les glandes sébacées et sudoripares sont très peu développées comme on peut le constater par l'examen histologique et il en résulte une sécheresse extrême de la surface cutanée.

Bertaccini estime que la genèse de cette altération qui est sûrement congénitale est absolument obscure et elle ne rentre pas dans les cadres des altérations pilaires déjà connues. Il se contente de la définir comme une kératose pilaire de la tête avec trichorrhexie, bien qu'il y ait de grandes analogies superficielles avec le moniletrix, mais dont il manque cependant certaines altérations fondamentales caractéristiques. Ce cas n'a de toute manière rien de commun avec les formes connues de trichorrhexie. Belcodère.

9b. — *Glandes sudoripares.*

L. Getzoff (Nouvelle Orléans). — **Un cas de chromhidrose** (Chromidrosis. Report of a case). *The Urologic and Cutaneous Review*, t. **50**, no 8, août 1946, p. 460.

Homme de 27 ans, début en 1938 aux îles Hawaï ; toute cause de transpiration entraîne l'excrétion d'une sueur noire ou mieux indigo foncé sur tout le corps et, en particulier, le scrotum. Biopsie : la seule anomalie réside dans un processus inflammatoire subaigu des papilles et de la couche sous-papillaire, avec œdème, dilatation des vaisseaux. Dans les poils du scrotum, amas de *Trichomycosis nigra*. Guérison par le formol à 2 o/o dans l'alcool. A. Touraine.

Ph. Simons (Batavia). — **Etudes sur la « Prickly Heat » Miliaire et sudamina** (Studies on Prickly Heat. Miliaria and Sudamina). *Dermatologica*, t. **93**, no 3, 1946, pp. 172-182, 3 figures. Bibliographie élémentaire.

Rappel et discussion des diverses théories pathogéniques des miliaires, dont l'A. reconnaît 5 types : cristalline, blanche (à contenu trouble), jaune (à contenu puriforme), rouge (sur peau érythémateuse), bourbouille ou gale bédouine (papulobulleuse).

Pour Simons les relations histologiques des éléments, régulières mais non absolues, avec les glandes sudoripares sont en faveur de corrélations avec celles-ci ; il est très probable que la miliaire est provoquée par une forte excrétion de sueurs et par une rétention « en raison de l'étroitesse des canaux excréteurs des glandes sudoripares chez les européens ». Le terme de *miliariasis erythematosa et papulosa tropica* serait préférable.

Simons recommande les lotions selon la formule : acide phosphorique 2, hydroxyde de soude 0,5, soufre précipité 20, oxyde de zinc 20, glycérine 10, alcool à 50° q. s. pour 100 avec adjonction possible de menthol ou de camphre (0,5 à 1 o/o) ou d'essence de citron. A. Touraine.

T. Benedek (Chicago). — **Pompholix (Dysidrose).** *The Urologic and Cutaneous Review*, t. **50**, n° 8, août 1946, pp. 467-493, 6 figures, 11 tableaux. Bibliographie.

Longue et importante étude de la dysidrose, portant particulièrement sur l'étiologie, la pathogénie, la vaccinothérapie et l'importance pratique, militaire et civile, de cette affection, d'après 1.235 cas.

Siège : une main dans 15,7 o/o, les deux mains dans 31,2, un pied dans 12,2, les deux pieds dans 11,9, une main et un pied dans 2,1, une main et les deux pieds dans 1,6, un pied et les deux mains dans 3,8, les deux pieds et les deux mains dans 18,1, les ongles des mains dans 13,4.

Sexe : 47,4 o/o chez l'homme, 52,6 chez la femme.

Types cliniques : vésiculeux dans 70,7 o/o; eczématiforme dans 7,3; hyperkératosique dans 4,7; érosions interdigitales dans 2,1; onyxis dans 10,1; périonyxis dans 5,1.

Durée : 1 à 4 jours dans 1,3 o/o, 1 à 3 semaines dans 15,6, 1 à 10 mois dans 57,4 plusieurs années (surtout de 1 à 4 ans) dans 25,7.

Microbiologie : Épidermomycose (*Épidermophyton interdigitale* dans le toit des vésicules) dans 1,3 o/o aux mains et 47,8 aux pieds; *bacillus endoparasiticus* Benedek (dans le contenu des mêmes vésicules) dans 91,4 o/o aux mains et 83,3 aux pieds.

Traitement par le vaccin préparé (détails de technique) avec le *B. endoparasiticus*, plus actif et plus rapide (moyennes de 5,6 à 7,7 injections nécessaires par sujet) si le malade n'a subi aucun traitement local antérieur (moyennes de 10,5 et 14,6 après lotions, pommades, radiothérapie). 7 observations de vaccinothérapie rapportées en détail. Ce traitement est la méthode de choix au cas d'onyxis et de périonyxis.

Prophylaxie par poudrage avec : acide tannique, acide borique, acide salicylique : ââ 2 grammes, talc : 100 grammes.

Discussion des *théories pathogéniques* de la dysidrose.

A. Touraine.

H. Engelhardt et J. Melvin (New Orléans, U. S. A.). — **Anidrose généralisée acquise** (General acquired anhydrosis). *The American Journal of the Medical Sciences*, vol. **210**, n° 3, septembre 1945, pp. 323, 2 figures. Courte bibliographie.

En dehors de l'anidrose hypotrichosique congénitale, il n'existait qu'un seul cas connu d'anidrose *acquise*, celui de Fog (*J. A. M. A.*, **107**, 1936, 2040) chez un homme de 26 ans, 3 mois après paratyphoïde prolongée, ayant duré au moins 6 ans, avec dérèglement thermique mais sans trouble des autres glandes; à la biopsie la moitié des glandes sudoripares avait une structure kystique. Un peu différent était le cas de la malade de 36 ans étudiée par Beckman et Horton (*Proc. Staff. Meet. Mayo Clin.*, **12**, 1937, p. 168) dont l'anidrose (avec dérèglement thermique) disparaissait après pilocarpine.

Cas des A. : ♀, 49 ans. A 36 ans après un évanouissement, dyspnée, nervosité et anidrose généralisée dont les accès, avec fièvre, se sont souvent renouvelés, depuis, passagers, durant la saison chaude. Légère sudation en chambre chaude, presque nulle après pilocarpine. Légère atrophie de l'épiderme et des glandes sudoripares dont l'ostium paraît oblitéré par un bouchon de kératine. La malade a été suivie pendant 2 ans, sans changement de l'anidrose. A. Touraine.

9c. — *Ongles*.

Clément Simon. — **Onychoses, onyxis (Essai sur la pathologie des ongles).** *Bulletin médical*, n° 10, 1er avril 1946, pp. 125-129.

Extrait de *Dermatologie clinique et thérapeutique*, 1 volume. Doin, édit.

L'A. traite d'abord des lésions élémentaires des ongles. Il envisage sucessivement les modifications de leur couleur de la surface dorsale; de la face palmaire et de la tranche, puis des troubles de croissance et des troubles sensitifs enfin de la périonyxis.

Dans un deuxième chapitre étiologique il insiste surtout sur les très fréquentes mycoses unguéales dont un diagnostic ferme ne peut être posé que par le laboratoire. La syphilis donne des aspects cliniques très variés d'onyxis et de péri-oxynis; le bourrelet sus-unguéal et l'arc lilas sont presque toujours témoins d'une spécificité acquise ou héréditaire (Milian). Les traumatismes, les intoxications médicamenteuses, certaines dermatoses, certaines maladies du système nerveux ont un rôle plus ou moins important dans la pathologie des ongles. L'influence des troubles mentaux reste discutée. Les onychoses héréditaires et familiales sont un élément des syndromes dysplasiques héréditaires. Parmi les tumeurs, certaines sont bénignes tels le glomus et les exostoses sous-unguéaux, d'autres malignes (nævo-carcinomes); toutes relèvent d'un traitement chirurgical. Enfin certaines déformations unguéales mettent sur la voie du diagnostic de maladies générales; tel l'ongle dit hippocratique témoin de l'ostéopathie hypertrophiante pneumique de Pierre Marie; telle la koïlonychie témoin souvent d'une anémie hypochrome achylique.

H. Ruel.

Tixier et A.-N. Loiseau. — **La radiothérapie des onyxis et périonyxis.** *Revue médicale française*, octobre 1946, n° 10, p. 190.

L'A. n'envisage que les onyxis et périonyxis d'origine externe dus à une infection ou à une mycose. Après en avoir rappelé rapidement les symptômes et les causes il fait le procès du traitement médical. Il estime que le traitement idéal « plutôt méconnu et même combattu par certains dermatologues » est la radiothérapie. Il affirme n'avoir jamais observé de chute des ongles après radiothérapie.

L'A. est partisan de doses peu élevées à chaque séance; il y a avantage à faire des applications quotidiennes.

Il rapporte 4 observations avec guérison complète. Dans un cas une récidive 8 jours après. Celle-ci a du reste guéri.

A. François.

L. Cordiviola et G. Sanchez de Bustamante. — **Leuconychie transversale en bande** (Leuconiquia transversal en banda). *Rev. Argent. Dermatosifiloloy.*, t. **30**, n° 1-2, janvier-juin 1946, pp. 107-108.

Femme de 23 ans ; deux mois auparavant, plusieurs lipothymies, adynamie, fatigue intense, s'accompagnant de fourmillements dans la pointe des doigts et diminution du toucher. Calcium, opothérapie thyroïdienne et ovarique remirent la malade, qui nota alors l'apparition de leuconychie. Celle-ci est actuellement marquée aux mains et aux pieds, en bande blanc d'ivoire. Tous les ongles sont malades.

Les auteurs font une revue générale de toutes les causes invoquées pour expliquer ce phénomène; ils concluent, avec Pardo Castello : « la leuconychie n'est pas un symptôme d'une maladie organique » et, avec Heidingsfeld, plusieurs troubles cliniques peuvent déterminer la kératinisation imparfaite des ongles avec persistance des noyaux.

Jonquières.

O. G. Costa et B. Horizonte. — **Leukonychia striata semilunaris.** *Arch. of Derm. and Syph.*, **54**, n° 1, juillet 1946, pp. 60-61, 1 figure.

Après avoir rappelé les observations de leukonychie totale déjà publiées, et les diverses étiologies proposées, les A. rapportent le cas d'un jeune homme de 18 ans qui, 4 mois après une rougeole et au cours d'une anémie secondaire à une parasitose intestinale, présenta une leukonychie partielle assez particulière, caractérisée par le déplacement vers le bord libre de l'ongle, de la lunule devenue blanchâtre et achromique. Un sillon transversal séparait cette leukonychie semi-lunaire de l'ongle nouveau normal.

L. Golé.

10c. — *Tumeurs d'origine mésodermique.*

C. de Castro (Sao Paulo). — **Myomes cutanés et sous-cutanés solitaires** (Miomas cutaneos e subcuntaneos solitarios). *Arquivos de Dermatologia e Sifiligrafia de Sao-Paulo*), vol. **9**, n° 2, juin 1945, pp. 35-45, 3 figures. Bonne bibliographie.

Après un rappel historique des myomes cutanés (dermiques, douloureux, non encapsulés; et hypodermiques, mobiles, bien limités par une capsule conjonctive), l'A. rapporte l'observation d'une malade de 47 ans porteuse d'une petite tumeur, isolée, mobile sous la peau, douloureuse à la pression.

R. Mollinedo.

R. Dirand. — **Fibrosarcome de Darier-Ferrand.** *Thèse*, Paris, 1944, n° 180, Foulon édit., p. 70, 4 fig., longue bibliographie.

A l'occasion d'un cas étudié dans le service de Moreau (avec manifestations épisodiques infectieuses dans les poumons), bonne revue générale de la question.

L'A. accepte l'hypothèse « d'une dysembryoplasie provenant du développement de restes embryonnaires situés au niveau des crêtes mammaires primitives et en particulier d'une prolifération exubérante des cellules myo-épithéliales de glandes mammaires aberrantes ».

A. Touraine.

J. T. Michaud. — **Dermato-fibrosarcomes de Darier-Ferrand.** *Soc. Méd. des Hôpitaux de Québec*, séance du 21 décembre 1945 in *L'Union Médicale du Canada*, **75**, n° 3, mars 1946, p. 346.

Court résumé de cette affection à propos de 10 nouveaux cas observés par l'auteur en un an. Un cas chez une mère et sa fille. Ablation chirurgicale dans tous les cas. Absence de récidives jusqu'ici.

L. Golé.

G. Bamber et W. Freudenthal. — **Réticulo-endothéliome, tumeur de Spiegler-Fendt** (Reticulo-endothelioma. Spiegler-Fendt Tumor). *Royal Society of Medicine, Sect. of Dermatology*, 21 février 1946, in *The British Journal of Dermatology and Syphilis*, t. **58**, n° 9-10, septembre-octobre 1946, p. 240.

♀ de 80 ans, début il y a 2 ans et 3 mois. Sur le vertex et une partie du front, large nappe rouge, infiltrée, mamelonnée par places, ailleurs en peau d'orange ; vaste ulcération superficielle avec infection secondaire. Bordet-Wassermann négatif. Biopsie : amas serrés de cellules mésenchymateuses ; tendance à fissurations, à espaces vasculaires, à néo-vaisseaux dont l'endothélium est en active prolifération.

A. Touraine.

P. Bosq et H. Bottrich (Buenos-Aires). — **Histiocytome de la cuisse à quadruple potentialité cellulaire manifeste (histiocytes fusiformes, plasmocytes, cellules xanthélasmiques et cellules géantes à corps étrangers** (Histiocitoma del muslo con cuadruple potencialidad celular manifiesta (histiocitos fusiformes, plasmocitos, celulas xantelasmaticas y cellulas gigantes a cuerpo entraño)). *Rev. Argent. Dermatosifilolog.*, t. **30**, n° 1-2, janvier-juin 1946, pp. 65-68.

L'histiocyte, élément primordial du système réticulo-endothélial, garde dans la peau la pluripotentialité formatrice qu'il a dans tout l'organisme et peut donner naissance à des cellules qui, par leur morphologie, paraissent, considérées isolément, être différentes (cellules rondes, épithélioïdes, géantes, plasmocytes, hémohistioblastes, etc.). Cette origine identique explique, selon les auteurs, le cas présenté.

Homme de 54 ans qui, depuis dix ans, présente à la cuisse droite, une tumeur sessile qui se pédiculise lentement et qui, brusquement, il y a trois mois, après un traumatisme, augmente de volume. Actuellement, volume d'une petite noix, rouge violacé, élastique et indolore. La peau est glabre sur la tumeur. L'exérèse est faite au galvanocautère, la cicatrisation est normale et sans récidive quatre mois plus tard. L'histologie montre, au centre de la tumeur, des cellules fusiformes qui s'entre-

croisent et forment des tourbillons centrés par des vaisseaux. Des espaces fusiformes, caractéristiques d'infiltrats graisseux, sont entourés par des cellules géantes. Plus en dehors, les cellules tumorales sont globuleuses et chargées de graisse identiques aux cellules xanthélasmiques. Enfin, des plasmocytes se voient à la périphérie. Un plasmocyte chargé de pigment mélanique a été identifié, ce qui est exceptionnel. On ne note pas de nécrose et la tumeur est parcourue par des capillaires. Les auteurs rappellent que cette évolution polymorphe s'est faite spontanément, mais qu'il est possible, dans certaines conditions, de réveiller cette pluripotentiabilité du système réticulo-endothélial par des injections de particules électronégatives ou des matières colorantes telles que le bleu-Trypan ou en employant le saccharate de fer.

JONQUIÈRES.

P. BOSQ et M. ABERASTURY (Buenos-Aires). — **Histiocytome larvé, avec formation de cellules géantes, par corps étranger** (Histiocitoma larvado con formación de celulas gigantes por cuerpo extraño). *Rev. Argent. Dermatosifilolog.*, t. **30**, n° 1-2, janvier-juin 1946, pp. 62-65.

Une malade de 14 ans portait une tumeur, depuis huit mois, dans la région susclaviculaire gauche qui, fréquemment irritée et croissant rapidement, fit croire à un épithélioma. La tumeur formait un disque saillant, rouge violacé, à bords surélevés, et de centre légèrement déprimé et croûteux, recouvrant une surface saignante. De consistance cartilagineuse et indolore, sa base était infiltrée. La biopsie montra un histiocytome. Devant la possibilité d'une évolution maligne, comme dans le cas de Gougerot et Dreyfus, l'extirpation complète chirurgicale fut conseillée. L'étude histologique de la tumeur montre des cellules allongées, plus courtes que les fibroblastes, à gros noyaux allongés ; quelques-unes sont étoilées et s'entrecroisent en formant des tourbillons. Il n'y a pas de nécrose et les vaisseaux ont leur paroi propre. On voit aussi des restes de fibres élastiques. Mais, fait intéressant, dans une des coupes qui passait par la zone biopsiée, quelques jours avant, un fil de la gaze utilisée pour l'hémostase était resté accidentellement parmi les cellules tumorales ; celles-ci avaient réagi comme leurs prédécesseurs normaux, les histiocytes, et enveloppé le corps étranger par des cellules géantes. Dans les histiocytomes, des cellules géantes à plusieurs noyaux peuvent se rencontrer, par exemple dans l'histiocytome gigantocellulaire ; mais ici il s'agissait d'un phénomène différent puisque leur présence n'était pas spontanée, mais provoquée par le fil introduit accidentellement. La démonstration du pouvoir néoformatif des cellules de l'histiocytome, analogue ou plutôt identique à celle des histiocytes normaux, dans le sens de la possibilité d'élaborer des cellules géantes en présence d'un corps étranger, est donc évidente pour les A.

JONQUIÈRES.

10d. — *Tumeurs d'origine vasculaire.*

S. S. ROBINSON et S. TASKER. — **Angiokératoma Fordyce** (Angiomas of the scrotum). *Arch. of Derm. and Syph.*, **54**, décembre 1946, n° 6, pp. 667-674, 3 figures. Bibliographie.

La première description de Fordyce (1896) « d'angiokératome du scrotum », a créé une confusion avec l'angiokératome de Mibelli, qui a été dissipée par les études de Hudelo (1925) et de Wile et Belote (1928).

Pour Traub et Tolmach (1931), ces lésions sont dissemblables par leur siège et leur étiologie, mais ont une histologie identique de sorte que l'angiokératome du scrotum de Fordyce peut être dénommé un angiokératome sans lésions du type pernio. D'autres auteurs ont signalé ces cas sous le nom d'angiomes du scrotum. A propos d'une observation personnelle, les auteurs dressent la liste des 34 cas publiés jusqu'à ce jour dont 14 aux États-Unis. Les lésions sont localisées au scrotum, sauf dans 3 cas où il y avait extension à la région crurale, aux jambes, et au globe oculaire

A signaler, la fréquence de l'association avec une obstruction veineuse préexistante (varicocèle, tumeur de l'épididyme, cure herniaire ayant traumatisé le système veineux). Sutton pense au rôle d'une augmentation de la pression san-

guine dans les capillaires veineux superficiels et à celui d'une déficience congénitale des fibres élastiques de la région.

Cliniquement les lésions sont bien différentes de celles de l'angiokératome de Mibelli. Au point de vue histologique, il n'y a pas, dans les angiomes du scrotum, de signes d'hémorragie ou d'inflammation, ni de lésions du tissu élastique, et aucun signe de lésions de type traumatique.

Certes, l'hyperkératose peut être dans certains cas associée aux angiomes du scrotum, ce qui peut prêter à confusion avec l'affection décrite par Mibelli, mais elle est, en général, seulement décelée par l'histologie.

Dans le cas rapporté, il existait également des angiomes de la langue. Cette association est signalée ici pour la première fois. Mais l'angiokératome de la langue a été observé par Michelson et par Richter. De plus, le malade présentait également une leucodermie du scrotum. L. Golé.

10e. — *Tumeurs d'origine glandulaire.*

F. Ronchese (Providence, R. J.). — **Calcification et ossification de kystes sébacés du scrotum** (Calcification and ossification of steatomas of the scrotum). *Archives of Dermatology and Syphilology*, vol **49**, janvier 1944, pp. 12-15, 3 figures. Bibliographie.

Chez un homme de 20 ans, nombreux et volumineux kystes sébacés du scrotum dont la plupart sont calcifiés ainsi que le montre une radiographie. Histologie : amas calcaires non organisés et quelques éléments en ossification amorphe. Rappel d'un cas analogue de Dracoulidès chez un grec de 53 ans (*Soc. fr. de Dermat.*, t. **45**, 1938, p. 648). Ronchèse croit pour ces kystes sébacés, à une ectodermose de nature nævique. A. Touraine.

10h. — *Tumeurs diverses.*

P. Laffargue et H. Garre (Alger). — **Les plasmocytomes de la conjonctive.** *Bulletin de l'Association française pour l'étude du cancer*, t. **33**, nº 1, 1946, pp. 60-74, 6 figures. Pas de bibliographie.

Assez rare en France, fréquent en Algérie, ce type de tumeur est étudié ici d'après 17 observations personnelles qui sont rapportées.

Il se voit chez l'indigène, à tout âge (âge moyen : 31 ans), coexistant souvent avec le trachome (12 cas sur 17). Presque toujours unilatéral (15 fois sur 17), le plus souvent en tumeur unique, quelquefois en plusieurs nodules accolés et bourgeonnants, il siège surtout sur la conjonctive tarsienne de la paupière supérieure et respecte presque toujours le bulbe. Il est rarement volumineux et habituellement bien toléré; il peut atteindre le volume d'une datte en 18 mois et récidive parfois après cautérisation ignée, mais régresse quelquefois spontanément.

La tumeur est formée exclusivement par une « culture pure » de plasmocytes, rarement accompagnés de lymphocytes.

L'origine inflammatoire est probable, mais on ignore s'il s'agit d'un agent pathogène spécifique, en relation ou non avec le trachome.

Radiothérapie, cautérisation, exérèse paraissent les traitements qui exposent le moins aux récidives. A. Touraine.

J. Serres et H. Payenneville. — **Problèmes cliniques et thérapeutiques posés par les tumeurs pigmentées de la peau.** *Les feuillets du praticien*, n° 56, avril 1946.

Revue générale sur les tumeurs pigmentées primitivement bénignes, malignes d'emblée, et sur les lésions prenant secondairement l'aspect de tumeurs pigmentées (dans ce dernier groupe sont classés la maladie de Paget, la maladie de Bowen, le xeroderma pigmentosum, les mélanoblastoses neuro-cutanées, les kératoses séniles, les épithéliomas spino-cellulaires, l'ulcus rodens. A. Touraine.

J. Bablet et L. Souchard. — **Sur trois cas de tumeurs sous-cutanées multiples.** *Bulletin de l'Association française pour l'étude du cancer*, t. **31**, n° 3, 1943, pp. 189-194.

♂, 63 ans, masse inguinale et une vingtaine de petites tumeurs sous-cutanées disséminées sur tout le corps. A la radio, tumeur intrathoracique du volume d'une mandarine. Biopsie de la masse inguinale : *epithelioma baso-cellulaire* à point de départ probablement *sudoripare*.

♀, 67 ans, depuis 6 mois nombreuses tumeurs sous-cutanées disséminées sur tout le corps. Biopsie : généralisation d'une *tumeur mélanique*.

♂, 59 ans, nodules hypodermiques sur la paroi thoracique puis sur les membres. Mort. Biopsie : *sarcome réticulaire* histiocytaire. A. Touraine.

10i. — *Etats pré-cancéreux de la peau.*

L. Berger. — **Les maladies et lésions précancéreuses.** *Laval Médical*, vol. **2**, n° 4, avril 1946, pp. 409-417.

Dans cette revue générale, l'A. divise ces affections en trois grands groupes :

1° *Les maladies précancéreuses proprement dites.* — La maladie de Bowen, le *Xeroderma pigmentosum* de Kaposi (maladie familiale de type mendelien récessif), la kératose sénile (1/5 des cas), la corne cutanée, la kératose arsenicale, la maladie du brai (goudronneurs, paraffineurs, etc...), la radiodermite professionnelle, la leucoplasie des muqueuses (« dont l'étiologie syphilitique a été quelque peu exagérée »). Il faut y ajouter l'érythroplasie de Queyrat, la maladie de Paget du sein (mais il s'agirait plutôt dans ce cas de la propagation intra-épidermique d'un épithélioma intracanaliculaire). Quant aux nævi, il est difficile, pour l'auteur, de les considérer comme un état précancéreux (en dehors des nævo-carcinomes).

Parmi les autres tissus, signalons au passage : le syndrome de Plummer-Vinson (atrophie des muqueuses digestives supérieures et anémie achlorhydrique, chute précoce des dents, ongles « en cuillère », suivis d'un cancer buccal, ou pharyngo-œsophagien, d'origine vraisemblablement héréditaire), la polypose intestinale, les papillomes de la vessie, la môle hydatiforme du placenta, le lymphadénome à follicules géants ou maladie de Brill.

2° *Les lésions précancéreuses éventuelles.* — La neurofibromatose de Recklinghausen, la maladie osseuse de Paget, les cicatrices de brûlure, le lupus tuberculeux, les fistules tuberculeuses, la maladie de Hodgkin, le mycosis fongoïde, la maladie de Reclus du sein, les ulcères variqueux, les kystes « sébacés » (le plus souvent kystes épidermoïdes) comme aussi les pneumoconioses et les ulcères de l'estomac.

3° *Les lésions précancéreuses occasionnelles.* — Il est parfois difficile de distinguer une lésion purement hyperplasique, d'une lésion néoplasique et le critère histologique fourni par « la rupture de la basale » n'est cependant pas absolu.

Il semble, d'autre part, que dans l'ensemble une lésion hyperplasique simple

ait plus de chances de devenir cancéreuse qu'un néoplasme bénin (tel que adénome du sein, fibromyomes).

En terminant l'auteur rappelle les recherches de Cowdry qui a montré des changements du métabolisme cellulaire quelques heures après l'application d'un carcinogène sur la peau de la souris (baisse marquée en calcium, en fer, lipides, cholestérol, cuivre et biotine et augmentation du volume cellulaire avec diminution du rapport nucléo-plasmatique). Entre ce stade et celui du cancer proprement dit s'écoule un laps de temps comparable à celui de la durée des lésions précancéreuses chez l'homme.

Pour Cowdry, les cellules précancéreuses chez l'homme seraient le siège de modifications analogues du métabolisme qui les différencieraient des tissus normaux voisins. On peut donc envisager des conclusions thérapeutiques tendant à modifier vers la normale cet équilibre pathologique précancéreux.

L. Golé.

A. Marin (Montréal). — **Pré-cancer et cancer de la face.** *L'Union Médicale du Canada*, t. **72**, n° 1, janvier 1943, pp. 10-15, 24 figures.

Revue d'ensemble des états précancéreux (cicatrices, cornes cutanées, kératose sénile, verrue séborrhéique, kératoses arsenicales, kératoses industrielles, radiodermite, xeroderma pigmentosum, ulcères atones, neuro-fibromes, kystes sébacés, lupus vulgaire, nævi pigmentaires). Parmi les cancers, 85 o/o sont des basocellulaires dont les deux tiers siègent au centre de la face et 25 o/o sont juxta-oculaires; 100 de ces cancers avaient les localisations suivantes : joues 21, bout et ailes du nez 17, dos et flancs du nez 10, angle interne des yeux 10, front 9, paupières inférieures 8, tempes 7, sillons naso-géniens 6, oreilles 5, lèvre supérieure 4, menton 3. Les spino-cellulaires affectent surtout les orifices et les cavités muqueuses. Les mixtes (spino-baso) ne se reconnaissent qu'à la biopsie. Les nævo-cancers se généralisent rapidement.

[Même sujet traité par H. Smith dans *L'Union médicale du Canada*, t. **72**, n° 4, avril 1943, pp. 422-425].

A. Touraine.

R. Gonin (Lausanne). — **Maladie de Paget du mamelon et carcinome mammaire.** *Revue médicale de la Suisse romande*, année **66**, n° 9, 25 septembre 1946, pp. 638-652, 6 figures. Bibliographie.

Étude détaillée d'un cas de cette association chez une femme de 49 ans. Début de la lésion cutanée en 1935 ; état stationnaire depuis 1936 ; nappe érythémateuse, prurigineuse, exulcérée, suintante, de la dimension d'une petite paume de main. Volumineuse adénopathie axillaire. Biopsie : peu de cellules de Paget. Amélioration par simple traitement dermatologique ; disparition de l'adénopathie.

Ablation du sein en janvier 1946 ; pas de tumeur macroscopique, mais condensations dans lesquelles on trouve de larges bourgeons épithéliaux pleins ou creusés d'une cavité de désintégration, montrant de nombreuses monstruosités nucléaires et des mitoses atypiques. Des canaux galactophores ont un épithélium bistratifié. Les ganglions de l'aisselle ont une structure analogue. Il y avait donc épithélioma alvéolaire du sein

Cette observation confirme les vues de Pautrier qui, sur plus de 25 cas de maladie de Paget, a toujours trouvé un ou deux noyaux cancéreux primitifs dans la glande mammaire sous-jacente.

A. Touraine.

G. Mitchell-Heggs et K. Crow. — **Maladie de Bowen après cancer anaplastique** (Bowen's disease associated with anaplastic carcinomatous tumour). *Proceedings of the Royal Soc. of Medicine, Section of Dermatology*, 18 avril 1946), t. **39**, n° 4, septembre 1946, p. 687.

Femme de 57 ans. Élément de Bowen sur la face interne de la cuisse gauche, depuis 10 ans. Exérèse. La biopsie de la masse et d'un ganglion inguinal montre un épithélioma spino-cellulaire type squameux.

A. Touraine.

10j. — *Etats pré-cancéreux des muqueuses.*

A. Kristiansen. — **Erythroplasia glandis.** *Société danoise de Dermatologie*, 7 février 1945, *Acta dermato-venereologica*, t. **27**, n° 2, 1946, pp. 131-132.

Homme de 62 ans. Syphilis en 1903. Début de l'érythroplasie en février 1944, sur le gland, par une lésion herpétiforme qui s'étend lentement et s'infiltre légèrement. Pas de lymphangite ni d'adénite, Bordet-Wassermann négatif. Biopsie confirmative. Echec de la radiothérapie. A. Touraine.

10k. — *Epithéliomas cutanés.*

H. Beerman (Philadelphie). — **Tumeurs de la peau. Revue de la littérature récente** (Tumors of the skin. A review of recent litterature). *The American Journal of the Medical Sciences*, t. **212**, n° 4, octobre 1946, pp. 479-505, 348 indications bibliographiques.

Très importante revue générale des acquisitions mondiales récentes en matière de tumeurs de la peau; ce travail, impossible à résumer dans une analyse tant sont nombreux ses matériaux, rendra de grands services à tous ceux qui s'intéressent à ce chapitre de la dermatologie et leur facilitera leurs recherches bibliographiques.

Les chapitres et paragraphes successivement étudiés sont :

Épithéliomas (ou carcinomes cutanés) : *baso-cellulaires* (notamment épithéliomas pigmentés, épithéliomas intermédiaires), *spino-cellulaires* (étude brève), *épithélioma calcifié de Malherbe* (étude détaillée), *épithéliomas superficiels multiples* (ou érythématoïdes bénins de Graham Little) (tendance de Savatard à réunir dans une même affection les maladies de Paget, de Bowen, l'érythroplasie sous le nom général de « cancer psoriasiforme de la peau »), *carcinomatose métastasique* (longue étude), *cancérisation de diverses dermatoses* (notamment : lupus érythémateux et lymphogranulome vénérien), *mélanomes malins* (longue étude).

Tumeurs conjonctives : *histiocytomes* (longue étude), *tumeurs d'huile* (bref), *hémangio-endothéliomes* (notamment leur structure histologique), *neurofibromatose* de Recklinghausen (études histologiques) et rapports avec l'ostéite fibrokystique), *neurome cutané, maladie de Kaposi* (longue étude histologique de Aegerter et Peale).

Nævi : *classification de Traub* [assez incomplète, *An.*], *nævi vasculaires* (à peine signalés), *verruqueux, pigmentaires et pileux* (longues études de Traub, de Montgomery et Kernohan), *nævus bleu* de Thièche (résumé de Montgomery), *nævi conjonctifs* (courte étude d'après Steiner), *nævi unilatéraux* (quelques détails), *nævoxantho-endothéliome* (rappel de quelques cas).

Ostéomes de la peau (quelques cas), mésenchymome de Tauber (1 cas sur le cuir chevelu avec cellules indifférenciées et métastases).

Myoblastomes à cellules granuleuses (courte étude clinique et histologique).

Tumeurs glomiques (importante étude d'ensemble).

A. Touraine.

H. Beerman (Philadelphie). — **Tumeurs de la peau.** — 1re partie : **Revue de la littérature réecnte** (Tumors of the skin. Part I. A review of recent litterature). *The American Journal of the medical Sciences*, vol. **211**, n° 4, n° 889, avril 1946, pp. 480-504.

[Il ne s'agit, en réalité, que d'une revue de la littérature anglo-saxonne et les références bibliographiques sont renvoyées à un article ultérieur, *An.*].

Ce long travail, incomplet malgré son étendue, est le développement de la classification proposée par l'auteur et le rappel, à propos de certaines tumeurs, de plusieurs travaux américains. Quelques détails à signaler : Les adénomes sébacés type Balzer et type Pringle sont décrits séparément, le type Hallopeau-Darier est omis (la description de l'epiloïa est incomplète; son étude génétique est rudimentaire). Étude de l'adénome vrai solitaire des glandes sébacées, du cancer des glandes sébacées (29 cas sur 4.000 cancers de la peau d'après Warren et Warvi). Courte discussion sur l'origine du syringome ou hidradénome éruptif, de l'hidradénome papillifère, des tumeurs « turban ». Étude des tumeurs mixtes de la peau, d'origine salivaire ou lacrymale. Classification des kystes épithéliaux. Courte mention, sans discussion, de l'épithélioma kystique bénin multiple de Brooke. Long rappel de quelques conceptions pathogéniques du cancer de la peau. Étude étendue du cancer arsenical mais omission des cancers par hydrocarbures. Courte description de l'érythroplasie de Queyrat sans distinction de ses formes histologiques. La maladie de Paget du sein n'est pas considérée dans ses rapports avec un cancer canaliculaire sous-jacent. Étude incomplète des leucoplasies et du kraurosis, etc. Omission des cancers d'origine pilaire, de la forme intermédiaire des épithéliomas, de la chéilite glandulaire, etc. A. Touraine.

P. Denoix. — **Localisations des cas de cancer diagnostiqués dans les centres anticancéreux** *Bulletin de l'Institut national d'hygiène*, t. **1**, n° 1, janvier-mars 1946, pp. 12 à 17.

Sur 2.313 cas de cancers diagnostiqués pendant le premier semestre 1945, les cas suivants intéressent la dermatologie.

Cavité buccale et pharynx : 387 dont 10 lèvres supérieures cutanéo-muqueuses, 6 lèvres supérieures muqueuses, 53 lèvres inférieures cutanéo-muqueuses, 16 lèvres inférieures muqueuses, 61 langues en avant du V lingual, 40 langues en arrière du V., 8 de la langue mobile, 27 planchers, 19 voiles du palais mobile, 16 voiles du palais osseux, 43 amygdales et piliers, 3 sillons palato-glosses, 5 rhino-pharynx, 13 oro-pharynx, 37 hypo-pharynx, 16 gencives et dents, 7 joues.

Organes génitaux de la femme : 66,9 o/o, dont 30 vulves, 15 vagins, 554 cols de l'utérus, 31 corps de l'utérus, 17 ovaires.

Seins : 291.

Organes génitaux de l'homme : 28, dont 6 verges, 2 scrotums, 10 testicules, 10 prostates.

Peau : 385 dont 325 faces, 17 cuirs chevelus et cous, 9 troncs et anus, 15 membres supérieurs, 12 membres inférieurs, 6 multiples.

Contre 152 tubes digestifs (63 rectums), 189 appareils respiratoires (147 larynx), 15 organes urinaires, 12 systèmes nerveux, 183 divers (39 maladies de Hodgkin, 38 ganglions). A. Touraine.

F. Ronchese (Providence, U. S. A.). — **Cancer of the skin.** *Rhode-Island Medical Journal*, t. **25**, mars 1942, pp. 61-63, 8 figures.

Courte revue générale, illustrée par 8 belles figures, sur les états précancéreux et diverses variétés de cancer de la peau. A. Touraine.

J. A. Elliott et D. G. Welton. — **Epithélioma. Statistique de 1.742 cas.** *Arch. of Derm. and Syph.*, **53**, n° 4, avril 1946, pp. 307-332.

Analyse clinique de 1.742 cas de cancer de la peau dans la population blanche des États du Sud. La fréquence du cancer de la peau sous ce climat paraît confirmer l'action cancérigène des rayons ultra-violets ou des rayons solaires (modifications cellulaires entraînant un état précancéreux).

Le meilleur traitement paraît être l'association de curettage + électrocoagulation, ensuite radiothérapie englobant également une partie de la peau normale péri-lésionnelle (600 à 800 r, sans filtre). Une deuxième séance de radiothérapie sera faite chaque 4 à 7 jours jusqu'à une dose totale de 2.400 à 3.000 r. Les auteurs ont obtenu 97,7 o/o de guérisons chez 1.052 malades suivis depuis plus de cinq ans. L. Golé.

A. Madsen (Oslo). — **De l'épithélioma baso-cellulaire superficiel.** *Acta dermato-venereologica*, vol. **22**, suppl. 7, 1941, 161 pages, 16 fig. et 16 planches, longue bibliogr.

Dans cet important et très remarquable travail, écrit dans un français impeccable, l'A. étudie en détail dix cas d'épithélioma baso-cellulaire superficiel (ou pagétoïde de Darier). L'étude histologique en a été particulièrement poussée et complétée par des coupes en série ou des reconstructions; elle fait admettre à Madsen que ces épithéliomas sont unicentriques, formés aux dépens d'une seule cellule cancéreuse initiale; elle montre la mort de nombreuses cellules néoplasiques en dedans de l'ourlet périphérique d'extension et leur remplacement par des cellules conjonctives jeunes et par les papilles.

Suit une étude d'ensemble très détaillée de ces épithéliomas, d'après 193 cas, aux points de vue *historique* (Besnier et Doyon, 1891; Fox, 1893, etc.; Darier, 1913, 1918, Little, 1919, etc.), *étiologique* (âge moyen de début : 43 ans; durée : 12 ans et plus; siège d'élection : le tronc; pas de prédisposition héréditaire mais, assez souvent, autre cancer chez le sujet; relative fréquence du psoriasis; peu d'action des radiations, des traumatismes), *diagnostique* (maladies de Bowen, de Paget, etc.), *pronostique* (développement malin dans 28 o/o des cas), *thérapeutique* (exérèse, destruction, radium et surtout cryothérapie).

Excellentes et intéressantes illustrations. A. Touraine.

P. Florentin, P. Jacob et A. Hun. — **Un cas de radio-dermite ulcéreuse cancérisée de la face d'apparition tardive.** *Bulletin de l'Association française pour l'étude du cancer*, t. **33**, n° 2, 1946, pp. 157-162. Bibliographie.

Dans 4 observations de Mad. Laborde (1937) la période d' « incubation » du cancer a été de 15, 11, 21 ans, chez un malade de Touraine et Dereu (1940), elle a été de 16 ans.

Dans leur observation personnelle, chez un homme de 45 ans, la radiothérapie, en 1924, pour sycosis est suivie, en 1930, d'une ulcération atone, de guérison lente et, en 1945, d'une ulcération cancéreuse.

Le traitement des radiodermites ulcérées cancérisées reste à trouver (insuline, acide éléarique, diathermie, vitamine A, rayons infrarouges ont été essayés tour à tour). A. Touraine.

E. Gechman (Vienne). — **Sur le cancer métastatique de la peau** (Ueber metastatische Hautkarzinome). *Wiener klinische Wochenschrift*, année **58**, n° 46, 13 décembre 1946, pp. 748-751, 4 figures. Bibliographie allemande.

Sa fréquence serait pour Heimann de 2 cas sur 20.000 cancers, pour Redlich de 2 sur 496. En 1913, Kaufmann-Wolf n'en connaissait que 65 observations publiées, Gechman n'a pu en trouver qu'une centaine; en réalité, elles doivent être beaucoup plus nombreuses.

♂, 59 ans. Depuis avril 1945 un nodule vers le sein droit. Depuis quelques mois, nombreux nodules analogues sur le tronc, d'un pois à une noix. Histologie : cancer de type glandulaire. Aucun signe clinique ni radiologique de tumeur viscérale. Mort le 21 décembre 1945. A l'autopsie . cancérisation des ganglions médiastinaux, rétropéritonéaux ; cancer de la tête du pancréas de 14 centimètres × 4 cm. 5.
Dans les 3 seuls cas analogues de Dahms, Pretty, Matras il s'agissait d'une telle localisation du cancer.

♀, 55 ans. Depuis 16 mois, 10 à 12 nodules douloureux sur le cuir chevelu, puis sur le thorax. La tumeur primitive est probablement un cancer du lobe inférieur du poumon gauche ; pas de vérification nécropsique.
♀, 76 ans. Depuis un an, progressivement nombreux nodules épigastriques et présternaux, quelques-uns sur les épaules, le dos, les aisselles. A l'autopsie, masse cancéreuse dans le sein droit, épaisse de 1 centimètre.
♀, 75 ans. Depuis 4 mois, nodules dans la région ombilicale ; ascite dont la ponction découvre de nombreux noyaux abdominaux: Tumeur infiltrant le Douglas (probablement cancer de l'ovaire).

L'A. pose, sans les résoudre, la question de la rareté de ces métastases et celle de leur mécanisme. A. Touraine.

J. Feltmann. — **Les métastases cutanées de la linite plastique.** *Thèse*, Paris, 1944, n° 498, Foulon édit., 48 p., bibliogr., 2 fig.

On en connaît les observations de Faroy (1909) (nodosités sur la peau et dans un sein), de Guibert (1928) (nombreuses nodosités sur tout le tégument), d'Abadie (1936) (placard nodulaire sur le cou), de Jausion (1941) (infiltration des deux seins et six nodules sur l'abdomen), de Mme Chevrel-Bodin (inédite) (une nodosité cervicale extensive en nappe tumorale). Étude clinique et histologique de ces métastases qui débutent de un mois à six ans après la néoplasie gastrique, dont l'évolution est assez rapide et entraîne une atteinte profonde de l'état général.

A. Touraine.

C. Holland. — **Cancers multiples** (Multiples carcinomas). *The American Journal of the Medical Association*, t. **128**, n° 5, 2 juin 1945, pp. 356-359.

♀, 55 ans. En 1928, cancer de la tête du pancréas constaté par laparotomie. En août 1933, amputation du sein pour un adénocarcinome vérifié histologiquement. En 1934, nodule dans la cicatrice. En juin 1939, cancer de l'œsophage vérifié par la biopsie et épithélioma baso-cellulaire de la joue gauche. En juillet 1942, cancer du côlon transverse, opéré. En novembre 1943, cholécystectomie.

A. Touraine.

J. Turcot. — **Le cancer de la lèvre.** *Laval Médical*, **11**, n° 8, octobre 1946, pp. 825-837.

Revue générale avec quelques références bibliographiques. A retenir, au point de vue étiologique, le peu d'importance accordée à la syphilis (sur 47 cas, un Wassermann positif, soit 2,1 o/o dans la statistique de l'auteur). D'autre part, il semblerait que les avitaminoses en créant des lésions muqueuses peuvent être une cause adjuvante au même titre que les irritations locales (cigarette, etc...). Rien de particulier quant au traitement. L. Golé.

A. Marin. — **Adénopathie tardive chez certains cancers de la lèvre inférieure.** *L'Union médicale du Canada*, **75**, n° 11, novembre 1946, pp. 1365-1371, 7 figures.

A propos de trois observations personnelles, l'A. insiste sur le fait que nombre de cancers de la lèvre évoluent de façon lente et torpide, et que l'adénopathie peut être tardive, n'apparaissant parfois que plusieurs années après le début de l'épithélioma (malgré des traitements locaux intempestifs et des interventions incomplètes). Ce qui rend le pronostic de ce cancer relativement favorable dans l'ensemble.

L. Golé.

R. Maillard. — **Etudes statistiques de 200 observations de tumeurs des paupières.** *Thèse*, Paris, 1945, n° 22, grande impr. de Troyes édit., 137 p., longue bibliogr.

Sur 204 cas : 137 tumeurs malignes (67 o/o) dont 113 épithéliomas malpighiens (73 non épidermoïdes, 26 épidermoïdes, 14 mixtes), 17 nævo-cancers, 6 épi. glandulaires, 1 lymphocytome; 67 tumeurs bénignes dont 24 papillomes, 13 kystes, 10 angiomes, 5 neurinomes, 5 fibromes, 4 nævi, 4 adénomes glandulaires, 2 polypes.
Mortalité : 3,5 o/o pour les tumeurs malignes, dont 1 o/o (et 23 o/o de récidives)

pour les épi. malpighiens, 23 o/o (et 23 o/o de récidives) pour les nævo-cancers (25 observations seulement ont plus de 3 ans après l'intervention).

Sexe : sur 67 épi. non épidermoïdes, 31 ♂, 36 ♀ ; sur 38 épi. épidermoïdes, 21 ♂, 17 ♀ ; sur 17 nævo-cancers 7 ♂, 10 ♀ ; sur 5 épi. glandulaires 4 ♂, 1 ♀.

Age : épithéliomas : presque tous de 40 à 80 ans; nævo-cancers : 3 avant 30 ans, 1 de 30 à 40, 3 de 40 à 50, 2 de 50 à 60, 4 de 60 à 70, 3 de 70 à 80, 1 après 80 ans.

Suivent les 204 observations [dont la plupart assez brèves, *An*].

A. Touraine.

Baclesse, Dollfus, Ennuyer et Reverdy. — **La radiothérapie des épithéliomas des paupières.** *Soc. franç. d'Électro-Radiologie Médicale*, 10 décembre 1946.

226 cas ont été traités à la Fondation Curie depuis 1940. 62 d'entre eux, des épithéliomas étendus, ont été irradiés par rœntgenthérapie pénétrante ou semi-pénétrante et ont un recul d'au moins 4 ans; les 31 cas limités ont tous guéri; sur les 31 cas étendus, on a compté 11 échecs dès le début, mais il s'agissait de cancers térébrants ou déjà traités. Il n'y a eu que 3 cas de complications oculaires grâce au centrage rigoureux indispensable qui a été réalisé par un localisateur spécial.

Sur 150 cas traités par radiothérapie de contact, 70 seulement ont déjà un recul de 2 à 4 ans. 91 o/o d'entre eux ont guéri; sur 5 récidives, 3 ont guéri après un nouveau traitement. Sont justiciables de cette méthode les cancers de moins de 25 millimètres de diamètre, peu ou non infiltrants. La parfaite protection de l'œil est assurée par un localisateur en cuivre.

A. Touraine.

De Wulf. — **Le traitement de l'épithélioma de la paupière.** *Soc. belge de Radiologie*, séance du 16 juin 1944 in *Le Scalpel*, n° 27, 30 septembre 1946, p. 553.

En général, il s'agit de baso-cellulaires qui ont été traités par l'auteur (statistique de 76 cas) par la radiothérapie de contact (protection plus facile de l'œil, belles cicatrices) de préférence au radium (réservé aux formes les plus étendues ou trop profondes). Technique : dix applications de 1.000 µ avec certaine filtration et distance de 38 millimètres.

L. Golé.

S. Blondin. — **Le cancer du sillon sous-mammaire.** *Académie de Chirurgie*, 12 juin 1946.

Sur 100 cancers du sein, Blondin a vu 12 fois cette localisation. La tumeur prend rapidement adhérences et s'ulcère vite; l'adénopathie axillaire est précoce. L'évolution est donc rapide et grave, sans que l'association de la radiothérapie à la chirurgie améliore les résultats. Histologiquement, il s'agit de cancers glandulaires. Mialaret dit en avoir vu 5 cas et Quénu 3 autres.

A. Touraine.

S. A. Henry. — **Le cancer professionnel du scrotum** (Cancer of the scrotum in relation to occupation). Monogr. de 112 pages, 15 figures, Oxford University Press, 1946.

Le cancer du scrotum est relativement rare (5 pour 1 million d'hommes); mais il a été le premier exemple des cancers professionnels.

Brève étude historique (Percival Pott, 1775), clinique et thérapeutique. L'A. insiste surtout sur l'intérêt médico-légal et professionnel de ce cancer.

De 1920 à 1943, 3.333 cas de cancers de la peau ont été signalés, dont 40 o/o siégeaient au scrotum (plus de la moitié d'entre eux dans des filatures de coton à la « mule »). Le facteur causal habituel (40 o/o des cas) a été l'exposition aux dérivés

du goudron ou aux huiles minérales pendant une longue période (au moins 16 ans, généralement 40 à 50 ans); certains malades avaient cessé leur travail depuis 35 ans lorsque le cancer a débuté. A. TOURAINE.

M. G. GRICOUROFF. — **Des suites éloignées des traitements par les radiations de l'épithélioma de la verge.** *Société Française d'Urologie*, séance du 18 décembre 1944 in *Journal d'Urologie*, t. **52**, nos 7, 8, 9, 1944-1945, pp. 188-190. Courte bibliographie.

1° Le traitement des cancers de la verge par les irradiations ne semble pas avoir donné tous les espoirs que l'on avait fondé sur lui. Un délai de 5 ans est insuffisant pour juger de la guérison définitive.

De 1919 à 1939, 51 cas d'épithélioma de la verge ont été traités à la Fondation Curie. Sur 49 cas traités (Tailhefer et Courtial) 23 guérisons et 2 avec amputation de la verge, mais au bout de 5 ans 7 accidents nouveaux sur ces 23 cas considérés comme guéris.

2° Le traitement par irradiation a été incapable dans 18 cas sur 51 (35 o/o) d'empêcher la mutilation du malade; amputation ou radio nécrose. Sur 8 patients dont la survie a dépassé 10 ans, 2 seulement ont conservé leur verge.

3° Fréquence chez les malades observés d'un second cancer quelques années après le cancer pénien. Cancer indépendant du cancer primitif ou métastase ? (malades non suivis).

4° Récidives locales tardives chez les malades au bout de 5, 10, 13 et 14 ans mais possibilité de radio-épithélioma ou radio-sarcome plutôt que récidive locale bien tardive.

Le traitement par irradiation exposant encore fréquemment à la perte de la verge par amputation ou nécrose, le traitement chirurgical d'emblée (amputation) n'est-il pas plus favorable ?

Recherches ultérieures nécessaires pour passer aux indications précises du traitement par irradiation du cancer de la verge. O. DELZANT.

G. GRICOUROFF. — **Les suites éloignées de la curiethérapie de l'épithélioma de la verge.** *Bulletin de l'Association française pour l'étude du cancer*, t. **32**, n° 3, 1944-1945, pp. 86-94.

A l'occasion d'un épithélioma balano-préputial développé 14 ans après traitement par le radium d'un fibro-sarcome du gland, l'A. a recherché quel avait été l'avenir lointain des épithéliomas de la verge traités de 1919 à 1939 à la Fondation Curie et a étudié 51 dossiers.

5 ans après la radiumthérapie, 23 malades sur 49 étaient en bon état, mais 7 d'entre eux ont succombé plus tard à des récidives ou à d'autres cancers (3 de l'estomac, 1 de l'œsophage, 1 du sein). Le délai, pour la récidive, a été de 5, 10, 13 et 14 ans.

Il faut donc rester très longtemps réservé sur le pronostic des cancers de la verge traités par le radium. A. TOURAINE.

T. ASTRIADES (Salonique). — **Deux cas d'épithélioma du clitoris.** *Gynécologie et Obstétrique*, t. **45**, n° 5, 1946, pp. 484-486. Bibliographie.

A propos de deux cas d'épithélioma spino-cellulaire du clitoris chez des femmes de 65 et de 60 ans, traités par exérèse puis, après rechute, par le radium et terminés par généralisation, l'A. fait une étude générale de cette forme rare de cancer dont Calvin et Rentschler (1929) ont cependant réuni 225 cas.

A. TOURAINE.

10l. — *Epithéliomas des annexes de la peau.*

M. Behaegel. — **Epithéliome sébacé développé dans l'épaisseur de la joue.** *Archives belges de dermatologie et de syphiligraphie*, t. 3, fasc. 1, novembre 1946, pp. 87-88.

L'A. présente un kyste sébacé de la joue dont la dégénérescence cancéreuse s'est faite d'une façon précoce, peut-être avant l'accumulation de matière sébacée. Les cas publiés jusqu'ici concernent en général de vieux kystes sébacés qui, après de longues années d'évolution bénigne, ont pris tout à coup une allure maligne. Autre particularité : l'épithéliome sébacé s'est développé en profondeur au lieu d'envahir la peau. Louis Vissian.

10m — *Sarcomes.*

A. Cordero, P. Bosq et A. Balina. — **Sarcome histiocytaire de la peau du nez et plasmocytome de la gencive** (Sarcoma histiocitario de piel de nariz y plasmocitoma de encia). *Rev. Argent. Dermatosifilolog.*, t. 30, n° 1-2, janvier-juin 1946, pp. 58-62.

Une jeune malade de 17 ans est opérée deux ans auparavant d'une tumeur sur le dos du nez. Cette extirpation est faite au bistouri électrique et précédée d'une biopsie dont le résultat est inconnu. Un mois après, la tumeur récidive sur un bord de la plaie opératoire et quatre applications de radiothérapie n'empêchent pas l'évolution du processus. Quatre mois plus tard, sur la gencive supérieure du côté droit, on voit apparaître des nodules rouges et douloureux. Actuellement, sur le côté droit du nez, petite tumeur de 3 cm. 5 sur 2 centimètres, dure, indolore, rougeâtre et télangiectasique, dont la surface est lobulée. Sur la gencive droite, plusieurs tumeurs dont la plus grosse a le volume d'un pois chiche, saignantes, d'un rouge vif, et ulcérées en quelques points. Sur la gencive inférieure du même côté, une tumeur d'aspect similaire. La radiographie du nez fait voir que l'os est normal, mais celle des maxillaires montre des zones de raréfaction au niveau de l'implantation des tumeurs. L'examen histologique de la tumeur du nez montre, selon la classification de Portugal, un réticulosarcome indifférencié ou à grandes cellules rondes, appelé aussi histiosarcome primitif. Le processus tumoral de la gencive a la structure d'un plasmocytome.

Ce blastome, généralement bénin, est très rare à la bouche. Les cellules des deux tumeurs ont une origine semblable dans le système réticulo-endothélial, et leur différence structurelle s'explique par les idées de Maximow, sur la pluripotentialité évolutive et l'ubiquité de la cellule primordiale mésenchymateuse. Suivant Robb-Smith, les auteurs croient qu'un mécanisme de métastase n'est pas en jeu, mais qu'il y a eu prolifération locale de la cellule mésenchymateuse, avec sa différenciation en deux types cellulaires, répondant à des stimulations inconnues. Traitement par roentgenthérapie, vitamines, et extraits de foie; les lésions diminuèrent pendant un certain temps, puis brusquement reprirent leur activité. Le pronostic de ces faits est mauvais puisque la radiorésistance est évidente, ainsi que la tendance à la récidive locale. La localisation rend une opération chirurgicale difficile, et les métastases peut-être déjà produites sont à envisager.

Jonquières.

J. L. Carrera et M. Seoane (Buenos-Aires). — **Observation de lymphosarcome (lymphocytome de Menetrier)** (Observacion de linfosarcoma) (Linfocitoma de Menetrier)). *Rev. Argent. Dermatosifilolog.*, t 30, n° 1-2, p. 73.

Chez un malade de 67 ans, la maladie commence par deux taches (une au front et l'autre sur la joue gauche) qui, quelque temps après, se transforment en tumeurs. Le diagnostic de sarcoïdes fut envisagé et modifié par l'évolution de la maladie. En effet, des nouvelles tumeurs firent leur apparition d'abord à la figure puis, par une véritable dissémination, sur le dos, la poitrine, bras, ventre et jambes. La tumeur la plus volumineuse est la primitive (frontale) ; elle a le volume d'une noix. Sur le

dos, des centaines de tumeurs, les plus jeunes de la couleur de la peau normale, les plus anciennes rouge foncé. Elles n'ont pas d'adhérence aux plans profonds, mais, étant dermiques, se déplacent avec la peau. Il n'y a pas d'adénopathies. L'examen du sang est normal. Mantoux positif à 1 o/oo. Wassermann et Kahn négatifs. Le diagnostic de lymphosarcome se pose par l'histologie, l'absence de modifications du sang, l'apparition par un nodule initial, sur une tache (efflorescence primitive de Funck) non localisée sur les extrémités et la généralisation respectant les mains et les pieds, la couleur et la consistance des nodules, la disparition spontanée de certaines tumeurs, pendant que d'autres apparaissaient, etc.

Les auteurs font des considérations sur la confusion qui règne sur la dénomination à donner à ces tumeurs, et montrent les difficultés de séparer les termes de lymphadénies et de lymphoblastoses, puisqu'il n'y a pas de différence clinique, ni histologique, et que pendant l'évolution d'une lymphadénie pure le malade peut faire un lymphosarcome. La plupart des sarcomes à petites cellules, pour ne pas dire tous, doivent être classés parmi les lymphosarcomes, que Menetrier appelle plus exactement lymphocytomes (Darier). La biopsie est toujours indispensable et sans danger (absence de métastases par la voie sanguine) ; étant des tumeurs de système, ces tumeurs apparaissent en tous lieux où le système hémopoïétique est malade. Le pronostic est fatal vers la troisième ou quatrième année. Comme dans toutes les formes de ce que les nord-américains appellent lymphoblastomes (lymphosarcomes inclus), l'arsenic et la radiothérapie sont conseillés, quoique certains auteurs croient que celle-ci peut généraliser le mal. Le malade de Carrera et Seoane fut d'abord traité par l'arsenic (cacodylate de soude) sans résultat. La radiothérapie, par contre, fit disparaître les lésions de la figure et du front et diminuer celles du corps. Or, le succès fut passager, car les tumeurs de la figure reparurent, et une énorme dissémination se fit aux bras et aux jambes.

JONQUIÈRES.

G. BLAQUIÈRE et Mlle L. GAUDAS. — **Tumeur récidivante de la face à évolution terminale maligne.** *Revue de Laryngologie, Otologie et Rhinologie*, Bordeaux, t. **62**, n° 2, février 1941, pp. 131-132.

♂, 38 ans ; fibrome de la joue dont la bénignité est vérifiée à l'histologie. Exérèse aisée en l'absence de toute adhérence avec la profondeur. Récidive rapide, nouvelle intervention suivie de récidives successives malgré la radiothérapie.

Ce n'est qu'à la quatrième exérèse que le diagnostic de fibro-sarcome a pu être posé histologiquement.

A. TOURAINE.

M. BEHAEGEL. — **Sarcomatose cutanée généralisée.** *Archives belges de dermatologie et de syphiligraphie*, t. **3**, fasc. I, novembre 1946, pp. 88-89.

Chez un malade qui avait beaucoup maigri et se sentait fatigué, l'A. assiste à l'éclosion de nodules cutanés disséminés nettement délimités d'abord puis envahissant l'hypoderme, accompagnés de tumeurs ganglionnaires radiosensibles. L'analyse histologique découvre « une dissémination de nodules d'allure fibro-sarcomateuse ». Mais la dissémination dans les organes internes n'est pas démontrée.

LOUIS VISSIAN.

10n. — *Nævo-cancers.*

M. TOD. — **Le drame du mélanome malin** (Tragedy of malignant melanoma). *The Lancet*, 21 octobre 1944, pp. 532-534.

L'ablation d'un nævus pour raison esthétique chez un jeune homme a été l'origine de métastases multiples mortelles. A cette occasion, étude générale de la question.

74 cas de mélanome malin, en 3 ans à l'Institut du radium de Manchester. En 10 ans 34 morts à la suite de traitement incorrect (excisions, ligatures, cautérisations).

Seuls doivent être traités les nævi en voie de croissance; la destruction doit alors être très large. Par le radium, 73 o/o de guérisons après traitement radical, 28 o/o après traitement incomplet. A. Touraine.

10o. — *Cancer* (généralités).

A. Lacassagne. — **Les cancers produits par des substances chimiques exogènes** *Actualités scientifiques et industrielles* n° 1003, Hermann et Cie, édit., Paris, 1946, 166 pages. Bibliographie.

Continuant la belle série de ses publications sur le cancer (voir *Annales de Dermatologie*, 1946, n° 1, pp. 41 et 42), l'auteur étudie aujourd'hui les cancers d'origine chimique.

Le sujet intéressera autant le dermatologue que le cancérologue, en raison de la fréquence des cancers professionnels de la peau.

1° Cancer arsenical. — Sa clinique. Métabolisme des produits arsenicaux chez l'homme. Expérimentation chez l'animal. Essais d'explication pathogénique.

2° Substances cancérigènes azotées. — Amino-cancers de la vessie par aniline, du foie par dérivés du toluène, par aminoazobenzènes, par azonaphtalène, sarcomes cutanés du styryl 430, épithéliomas cutanés expérimentaux des benzacridines, dibenzacridines, dibenzocarbazols.

3° Hydrocarbures polycycliques. — Historique des cancers cutanés professionnels, des recherches expérimentales, de l'isolement des substances cancérigènes. Valeur cancérigène de ces divers carbures. Étapes de la cancérisation. Sensibilité des différentes races d'animaux. Sarcomes par injections sous-cutanés. Cancers de la mamelle, du testicule, du rein, du foie, du poumon, des séreuses, du poumon, de l'estomac, etc. Action générale des hydrocarbures polycycliques. Rôle de l'hérédité, etc.

La solide documentation de chacun de ces chapitres s'appuie sur une importante bibliographie. A. Touraine.

A. Lacassagne, N. Buu-Hoi, J. Lecocq et G. Rudali. — **Activité cancérigène, sur la peau de la souris, de substances du groupe des benzacridines angulaires.** *Bulletin de l'Association française pour l'étude du cancer*, t. **33**, n° 1, 1946, pp. 48-59, 4 tableaux. Bibliographie.

Sur 14 benzacridines angulaires expérimentées en solution acétonique, 10 ont montré une activité cancérigène plus ou moins élevée. La 3 : 10-diméthyl-7 : 8-benzacridine a même un pouvoir supérieur à celui du 20 : méthylcholanthrène.

Les relations entre l'activité physiologique et la constitution moléculaire de ces composés sont généralement parallèles à celles que montre la série du 1 : 2-benzanthracène.

Par contre les isomères équivalents de la série 5 : 6-benzacridine sont beaucoup moins actifs que les dérivés de la série 7 : 8-benzacridine.

A. Touraine.

G. Miescher, F. Zehender A. Schönberg et F. Almasy (Zurich). — **Nouvelles recherches sur le cancer du benzopyrène** (Weitere Untersuchungen über den Benzpyrenkrebs). *Bull. de l'Académie suisse des sciences médicales*, t. 2, n° 3, décembre 1946, pp. 151-175, 13 tableaux, 11 diagrammes. Bibliographie.

L'action cancérigène du benzopyrène sur la peau de la souris est proportionnelle à la dose utilisée, en fonction de la concentration (de 0,25 à 10 p. 1.000 dans les expériences des A.) et de la durée d'action. A. Touraine.

H. Gougerot et A. Carteaud. — **Longues incubations de récidives d'épithélioma, sans récidive dans le foyer initial.** *Bulletin de l'Académie de Médecine*, année **109**, 3e série, t. **129**, nos 33, 34 et 35, séance du 6 novembre 1945, pp. 623-625.

L'attention des auteurs a été attirée sur la fréquence relative des récidives d'épithélioma se produisant plusieurs années après un cancer traité et apparemment guéri. Ces récidives peuvent être divisées en trois groupes :

1° les *récidives ganglionnaires isolées* ne s'accompagnant pas de récidive locale au point du cancer primitif opéré;

2° les *récidives régionales* se produisant sous forme de nodules disséminés autour de la cicatrice opératoire ou dans son voisinage, cette cicatrice étant elle-même indemne de récidive;

3° les *récidives métastatiques* atteignant des organes éloignés.

Ces faits bien connus soulèvent un problème pathogénique important. L'identité de formule histologique entre le cancer cutané ou muqueux apparemment guéri et le cancer de récidive oblige à admettre que le second est la suite directe du premier. La cause de ces réveils tardifs de cellules cancéreuses demeure inconnue et éclairerait, si elle était résolue, le problème pathogénique du cancer en général. Ils montrent la nécessité de suivre pendant de longues années les cancéreux opérés ou irradiés même quand ils présentent les signes d'une guérison apparente, de surveiller l'état de leurs ganglions, d'éclairer par l'histologie toute menace nouvelle et d'agir sans retard au moindre danger.

Lucien Périn.

J. Lavedan. — **Erysipèle et cancer : A propos de deux observations inédites.** *Paris Médical*, année **36**, n° 11, 16 mars 1946, pp. 109-111.

La possibilité de l'action curative de l'érysipèle sur le cancer a été démontrée par un certain nombre d'observations (Coley de New-York, Eschwieller, Schmitzer, etc.). L'auteur apporte deux observations inédites confirmant cette éventualité :

Observation I. — Femme de 72 ans, atteinte d'épithélioma ulcéreux de la tempe droite. La lésion est apparue en février 1939 et s'est développée progressivement jusqu'à atteindre sept mois plus tard un diamètre de 25 millimètres. Pas d'adénopathie. Biopsie : épithélioma épidermoïde avec kératinisation abondante et infiltration du stroma par de nombreux polynucléaires.

Le 8 octobre 1939, apparition d'un érysipèle de l'aile droite du nez, bientôt étendu à la joue droite, au-dessous de l'orbite et jusqu'à la région zygomatique. État général grave : fièvre élevée (39°8, 40,5), prostration extrême entrecoupée de périodes de délire. La température tombe brusquement le 29 octobre, en même temps que la plaque érysipélateuse pâlit et se flétrit. Évolution normale sans complications ni rechutes. La guérison peut être considérée comme complète dans la première semaine de novembre.

La malade est revue cinq mois plus tard, le 5 mai 1940. L'épithélioma de la tempe a complètement disparu, bien qu'elle n'ait été entre temps l'objet d'aucun traitement ni médical, ni radiothérapique. A la place de l'ulcération existe une cicatrice lisse, blanchâtre, légèrement gaufrée, souple, sans trace d'induration sous-jacente. Aux dires de la malade la tumeur a commencé à se modifier d'elle-même aux environs du 15 décembre, par affaissement de ses bords et bourgeonnement de son fond ; elle a disparu entièrement en six semaines.

Revue le 3 juin 1942 et le 10 septembre 1943, la malade conservait les signes d'une guérison apparente sans tendance à la récidive. Elle a succombé à une pneumonie en janvier 1944, soit 4 ans après la disparition de la lésion néoplasique.

Obs. II. — Femme de 49 ans, atteinte d'épithélioma ulcéreux du pavillon de l'oreille droite, de forme irrégulière atteignant 14 millimètres dans sa plus grande dimension. Pas d'adénopathie. Début en août 1933. Biopsie : épithélioma spino-cellulaire. Le 1er juillet 1934, apparition d'un érysipèle de la face, gagnant les deux oreilles et empiétant sur le cou. État général grave : fièvre élevée (40°, 40°6), prostration intense, urines rares, foncées, albumineuses. Evolution lente en 27 jours, sans complications. La guérison peut être considérée comme complète fin juillet.

Dès ce moment la lésion de l'oreille est si profondément modifiée que l'on décide d'ajourner tout traitement. La malade est revue 4 mois plus tard ; à ce moment l'ulcération a totalement disparu, la réparation est complète, seule persiste une légère induration du pavillon.

La malade suivie régulièrement a été vue pour la dernière fois en mai 1940. Après plus de 5 années, la guérison locale se maintenait intégralement ; par contre l'induration du pavillon persistait.

En conclusion, deux cas de cancer cutané ayant régressé puis disparu à la suite d'une érysipèle de la face à forme sévère, avec cette particularité que dans le premier cas la région où siégeait la tumeur n'a pas été touchée par le processus érysipélateux, ce qui écarte l'idée d'une action directe. Il est possible qu'il s'agisse d'une action spécifique exercée par l'infection streptococcique sur les cellules cancéreuses, mais il est à noter que d'autres infections (staphylococcies, paludisme, etc.) sont susceptibles d'exercer la même action. On est fondé à invoquer l'hyperthermie comme facteur de guérison, encore que les résultats de la thermothérapie du cancer se soient jusqu'à ce jour montrés assez décevants. LUCIEN PÉRIN.

C. GROS et H. GUIBERT. — **Comportement des épithéliomas malpighiens cutanéo-muqueux traités par radiothérapie de contact.** *Bulletin de l'Association française pour l'étude du cancer*, t. **33**, n° 2, 1946, pp 101-119, 8 figures. Bibliographie.

Technique : distance focale 2 centimètres, voltage 50 kv., filtration inhérente de 0 mm. 2 Al. Débit 7.000 r par minute, amortissement de 4/5 à 1^{c}, de 99/100.

Méthodes des doses fractionnées (pour lésions infiltrantes ou trop étendues, pour rechutes); pendant 8-10 jours chaque jour 600 r (Chaoul); dangers des radionécroses (une observation).

Méthode de la dose unique (Van der Plaats) entre 4.000 et 25.000 r en une minute, efficace, ambulatoire, indolore, économique, facile; cicatrice peu visible. C'est « actuellement la meilleure thérapeutique des cancroïdes ». Suivent 4 observations avec étude histologique.

Les modifications nucléaires et cytoplasmiques sont comparables à l'action des rayons ionisants en général. Le chondriome paraît altéré déjà en 15 à 30 minutes (20 à 48 heures avec les techniques usuelles). La dégénérescence se poursuit jusqu'au douzième jour; la lyse des cellules cancéreuses est totale en 12 à 16 jours. Toutes les cellules cancéreuses ont disparu en 38 jours et sont remplacées par du tissu granulo-fibrinoïde de cicatrice. A. TOURAINE.

J. DRIESSENS (de Lille). — **Action favorisante nette d'injections répétées d'acide ascorbique sur l'évolution macroscopique et microscopique de l'épithélioma métastasant de Guérin du rat blanc.** *Comptes rendus des séances de la Société de Biologie*, t. **139**, novembre 1945, n° 21-22, séance du 16 avril 1945 (Lille), p. 1014.

L'action de l'acide ascorbique sur l'évolution du cancer expérimental a été l'objet d'études dont les résultats sont assez contradictoires. Reprenant cette étude, l'auteur a utilisé 20 rats ayant reçu des greffes d'épithélioma métastasant de Guérin, dont 10 servirent de témoins et dont les 10 autres reçurent, à partir du lendemain de la greffe jusqu'à leur mort, des injections sous-cutanées d'acide ascorbique, à raison de 2 à 3 par semaine, représentant des doses totales d'acide ascorbique oscillant entre 0 gr. 250 et 0 gr. 600.

L'étude comparative des animaux traités et des animaux non traités lui a permis de constater que la durée du temps de survie après la greffe est nettement plus longue chez les animaux traités (trois mois) que chez les animaux non traités (un mois et demi). Inversement l'essaimage métastatique de l'épithélioma greffé présente une augmentation du volume moyen des tumeurs secondaires et il est microscopiquement plus actif chez les animaux traités; c'est ainsi que 4 cas de métastases microscopiques ont été observés sur 10 rats traités (métastase pulmonaire, métastase

surrénale, métastase rénale, métastase hépatique), alors qu'aucune métastase microscopique n'a pu être décelée chez les animaux témoins.

Il est vraisemblable que cette augmentation est due surtout à l'allongement de la survie, entraînant une prolongation de l'évolution qui augmente d'autant les chances de métastases.

La structure histologique des tumeurs, primitives ou secondaires, n'a pas été modifiée chez les rats traités. LUCIEN PÉRIN.

A. CHAMORRO et U. DOBROVOLSKAÏ-ZAVADSKAÏA. — **L'action de l'hypophysectomie sur l'adéno-carcinome mammaire spontané de la souris.** *Comptes rendus des séances de la Société de Biologie*, t. **139**, juillet 1945, nos 13, 14, séance du 7 juillet 1945, pp. 614-615.

Depuis que le rôle du lobe antérieur de l'hypophyse sur la croissance a été établi, on s'est efforcé de savoir s'il existait une relation de dépendance entre la croissance des tumeurs et cette glande. La question est importante car il s'agit de déterminer si la tumeur maligne constitue une entité indépendante ou si son développement dépend de l'hormone hypophysaire de croissance. Une des méthodes employées pour cette étude est l'extirpation ou la destruction de l'hypophyse chez les animaux porteurs de tumeurs et leur mise en observation ultérieure.

Étudiant l'action de l'hypophysectomie sur l'évolution de l'adéno-carcinome mammaire spontané de la souris, les auteurs ont constaté que cette opération provoquait dans les jours qui suivent une réduction de volume de la tumeur avec augmentation de sa consistance (probablement due à la déshydratation), mais que la tumeur reprenait ensuite sa croissance et atteignait ou dépassait son volume primitif. Chez l'un des animaux en expérience porteur de deux tumeurs au moment de l'opération, ils ont observé dans les jours suivants l'apparition de deux nouvelles tumeurs, et à l'autopsie un autre petit noyau tumoral jusque là demeuré latent.

L'étude microscopique comparative des tumeurs d'animaux entiers et de celles d'animaux hypophysectomisés ne leur a pas permis de déceler de différences sensibles. Chez les animaux hypophysectomisés, à côté de l'épithélium mammaire atteint d'atrophie, les cellules tumorales sont demeurées inaltérées. La tumeur paraît donc bien représenter une entité indépendante de l'hypophyse.

LUCIEN PÉRIN.

J. C. AMERSBACH, E. M. WALTER et G. S. SPERTI. — **Traitement de l'épithélioma baso-cellulaire par les injections d'extraits tissulaires** (Treatment of basal cell epithelioma by injection of tissue extracts). *Arch. of Derm. and Syph.*, **54**, n° 2, août 1946, pp. 119-132, 5 figures. Bibliographie.

Les A. rappellent les résultats obtenus expérimentalement par les injections de tissus divers (rate, foie, thymus, etc...). Chez l'homme, il y a lieu de signaler les tissus de *Fichera* qui ont porté sur 300 cas de cancer dont 100 cas inopérables (régression dans 9 o/o, arrêt de l'évolution dans 8 o/o des cas). Les A. ont expérimenté des extraits spléniques et hépatiques sur des épithéliomas baso-cellulaires. Injections intradermiques à distance.

Statistique de 20 cas : 14 guérisons (clinique et anatomopathologique par biopsie); 6 améliorations mais traitement encore en cours. Résultat esthétique parfait sans cicatrice ou avec cicatrice banale. Il semble que l'extrait de rate soit plus actif que l'extrait de foie. Le nombre d'injections nécessaire est variable (de 3 à 20 injections). L. GOLÉ.

X... — **Nouvelle méthode de traitement du cancer** (Nuovo metodo di cura del cancro), d'après *La Riforma medica*, année **60**, n° 41-42, 15 novembre 1946, p. 575.

Au Congrès de l'Association médicale américaine, à San Francisco, J. Amers-

bach, E. Walter et G. Sperti auraient traité 27 cas d'épithéliomas par des injections d'extraits de foie et de rate humains, dont 20 avec de bons résultats.

Avec l'extrait de rate, ils auraient obtenu 9 guérisons complètes sur 10 cas; dans les autres cas, l'amélioration aurait été de 50 à 90 o/o. Des essais seraient en cours avec des extraits de foie d'agneau. A. Touraine.

U. Dobrovolskaïa-Zavadskaïa. — **Sur l'effet de l'aneurine (vitamine B_1) sur la croissance des tumeurs spontanées chez les souris.** *Comptes rendus des séances de la Société de Biologie*, t. **139**, mai 1945, nos 9, 10, séance du 26 mai 1945, pp. 494-495.

Recherchant l'influence de la vitamine B_1 sur la croissance des tumeurs spontanées de la souris, l'auteur a traité 19 souris, porteuses de 34 cancers de la mamelle, par des injections sous-cutanées d'une solution d'aneurine synthétique à 0,2-0,3 o/o, chaque fois fraîchement préparée. La dose quotidienne de 0,4-0,6 et même de 1 milligramme (chez 3 souris pendant plus d'un mois) a été bien supportée.

Il a pu constater que l'administration de la vitamine B_1 aux souris cancéreuses diminue la rapidité de croissance des tumeurs et augmente la survie moyenne des animaux. Au cours du traitement la constante de croissance a été nettement abaissée et la diminution de la rapidité de croissance a progressé en se transformant en une régression chez la plupart des animaux. Par contre l'interruption de l'administration de l'aneurine a été suivie de reprise de la croissance et de l'apparition de nouvelles localisations cancéreuses dans la moitié des cas. Malgré la survie prolongée, les tumeurs, tout en augmentant progressivement de volume, n'atteignaient pas les proportions considérables qu'elles atteignent chez les souris non traitées.

Ces constatations indiquent peut-être que la vitamine B_1 intervient dans le métabolisme glucidique des tumeurs, l'acide aneurine-pyrophosphorique étant suivant Lohmann identique à la co-carboxylase. Lucien Périn.

11a. — *Hérédité* (généralités).

A. Touraine. — **Les complexes héréditaires « allodromes » et « chaînes ».** *La Presse Médicale*, année **53**, no 42, 20 octobre 1945, pp. 558-559.

Les nombreuses (environ un millier) anomalies héréditaires peuvent exister et se transmettre isolément, mais le plus souvent elles se combinent en complexes cliniques plus ou moins riches et d'une régularité qui confère à chacun d'eux une certaine individualité et autonomie. Les acquisitions de la génétique comparée permettent d'envisager une première classification clinique et pathogénique de ces groupements. Pour Touraine deux modes principaux de combinaison pour lesquels il a proposé les termes d' « allodromes » et de « chaînes » (voir *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, septembre-octobre 1943). Le terme d'allodrome désigne des groupements cliniques hétérogènes dont les manifestations appartiennent aux organes ou aux tissus les plus différents, mais qui sont toutes le résultat du même trouble fonctionnel général de l'organisme et ont toutes la même origine factorielle probable dans les altérations *d'un même gène chromosomien*. Les chaînes sont des complexes cliniques constitués par l'association stable d'un nombre plus ou moins élevé d'anomalies variées qui forment un ensemble homogène, une entité transmise héréditairement, en un seul bloc, selon les règles mendéliennes. Cette interdépendance des manifestations est due aux altérations simultanées d'*un groupe de facteurs* ordonné en série linéaire dans le même chromosome et dont chacun d'eux est le déterminant précis de l'un des éléments de la chaîne. Ces chaînes ne sont pas d'ailleurs immuables dans leur transmission héréditaire, la série des facteurs altérés peut se raccourcir, s'allonger ou se modifier.

Des exemples choisis démontrent tout l'intérêt clinique et pathogénique de ces classifications, susceptibles de nous éclairer sur le déterminisme de ces altérations chromosoniennes. H. Rabeau.

R. Melsons. — **Recherches dermatologiques sur 22 paires de jumeaux univitellins** (Dermatological investigations on 22 pairs of identical twins). *Act. Dermat. Vener.*, vol. **25**, fas. I, juin 1945, pp. 29-47, 7 figures, 1 tableau. Bonne bibliographie.

Après avoir rappelé les notions essentielles de la génétique et l'intérêt que présente à cet égard l'étude des jumeaux univitellins, dans lesquels les facteurs héréditaires, portés par les gènes, sont forcément identiques, R. Melsons expose les résultats de ses recherches du point de vue de la Dermatologie sur 22 paires de jumeaux univitellins. Il faut se borner à enregistrer ces résultats dont certains nous déconcertent un peu, car ils semblent établir l'existence d'une détermination héréditaire qu'on ne soupçonnerait pas aussi importante, dans certaines dermatoses comme l'acné, voire la dermatite de Duhring et d'autre part, minimiser la valeur du terrain dans le cas de certains nævi (nævi vasculaire) et des réactions d'intolérance (asthme des foins, prurigo de Besnier).

La concordance, chez les deux jumeaux, de lentigo (même localisation, même nombre d'éléments) et d'urticaire répond au contraire, à notre attente.

La discordance de réactions à la tuberculine dans 2 cas n'est pas pour surprendre ; il peut s'agir d'un hasard de contamination. La concordance dans presque tous les autres cas, non plus.

M. Melsons a noté chez 8 paires les résultats de l'épreuve de sédimentation. Dans 8 cas, il n'y avait que des différences minimes. Dans 3 cas, ces différences étaient importantes. A. Civatte.

11c. — *Dermatoses congénitales bulleuses.*

M. Robinson (Washington). — **Epidermolysis bullosa hereditaria**. *The Urologic and Cutaneous Review*, t. **50**, n° 9, septembre 1946, pp. 545-561, 23 figures. Longue bibliographie.

Après une longue revue de la littérature [cependant très incomplète, riche en erreurs dans les noms des auteurs et qui paraît ignorer toute l'importante bibliographie française de moins de 50 ans sur la question. *An.*], l'A. fait une description de cette génodermatose, unique pour toutes ses formes [dont il ne fait que des variétés]. Dans une courte étude génétique, il ne voit pas de différence nette entre les formes dominantes et les récessives puisqu'elles ont coexisté dans quelques familles. [L'A. paraît ignorer la notion d' « expressivité » en génétique et ne cite pas les travaux de Tulipan, pourtant américain, sur la division des E. B. au point de vue héréditaire. *An.*]. Il rapporte quelques hypothèses pathogéniques, dit quelques mots de l'histopathologie et des essais de traitement.

Il rapporte longuement, mais avec lacunes, 3 observations familiales personnelles (une de 12 cas en 4 générations ; une de 11 cas en 5 générations ; une, beaucoup plus incomplète, de 2 cas en 2 générations). [Il est regrettable que les indications des arbres généalogiques ne répondent pas toujours à celles des observations particulières des membres atteints].

L'A. conclut son étude génétique par cette phrase : « Un seul fait est constant, c'est qu'il s'agit d'une dermatose de transmission héréditaire ». Était-il besoin d'un si long article pour démontrer une telle vérité ? A. Touraine.

K. Hensler (Zürich). — **Epidermolyse bulleuse dystrophique avec hérédité en dominance et grandes variations symptomatiques** (Epidermolysis bullosa dystrophica mit dominanten Erbgang und grossen Manifestations Schwankungen). *Dermatologica*, t. **93**, n° 3, 1946, pp. 155-166, bibliographie [presque exclusivement allemande et très incomplète, *An.*].

Observation du grand-père, de 3 de ses 4 enfants, de deux sur 3 enfants du premier de ceux-ci, et d'un des deux enfants du troisième. L'hérédité paraît s'y faire en dominance (à noter cependant une consanguinité) ; dans ce cas, elle constituerait une rare exception à la règle de récessivité pour l'épidermolyse dystrophique.

Revue de plusieurs travaux sur la question, mais nombreuses lacunes de documentation. A. Touraine.

H. Kuske (Berne). — 1 — **Epidermolyse traumatique avec hérédité en dominance** (Epidermolysis traumatica mit dominanter Vererbung). 2. — **Epidermolyse bulleuse héréditaire simple de Kobner** (Epidermolysis bullosa hereditaria simplex) (Köbner). *Dermatologica*, vol. **92**, n° 5-6, 1946, pp. 304-305, 1 figure.

1. — Famille dans laquelle le grand-père, le père (52 ans) et le fils (25 ans) présentent, surtout en été, des bulles traumatiques sur le tiers moyen de la face antérieure des deux jambes. Chez le fils existent des cicatrices atrophiques.

L'A. rappelle qu'il s'agit ici de la forme héritée en dominance, distincte de la forme dystrophique qui, elle, comporte des lésions unguéales.

2. — La mère et son fils de 4 ans présentent, surtout en été, des bulles traumatiques qui guérissent sans cicatrices ni kystes épidermiques. Le pédigrée de cette famille, où l'affection se transmet en dominance simple, a pu être remonté jusqu'en 1790 ; il a déjà été publié par Valentin en 1885. A. Touraine.

G. Duckworth. — **Epidermolysis bullosa.** *Proceedings of the Royal Society of Medicine* (*Sect. of Dermatology*, 18 octobre 1945), vol. **39**, n° 1, décembre 1945, p. 95.

♀ de 17 ans. Forme classique, avec taches purpuriques et acné vulgaire de la face et du dos [phanères non signalés, *An.*]. Lésions identiques chez le père et le frère.

Parkes Weber rappelle, à cette occasion, les cas familiaux de Cockayne (1938), de lui-même (1926), de Haldane (1942). A. Touraine.

L. A. Brunsting et H. L. Mason. — **Un cas d'épidermolyse bulleuse du type congénital tardif avec porphyrie latente chez la sœur du malade** (Porphyria with epidermolysis bullosa). *The Journ. Amer. Medic. Assoc.*, **132**, n° 9, 2 novembre 1946, pp. 509-514.

Épidermolyse bulleuse avec mélanose et hypertrichose chez une femme de 58 ans atteinte de porphyrie et présentant une insuffisance hépatique et des signes d'éthylisme.

L'auteur n'a pu reproduire les lésions cutanées par exposition au soleil ou à la lumière artificielle, ce qui a déjà été observé par d'autres auteurs.

Il rappelle deux travaux importants sur les dermatoses de lumière (Epstein, *Dermatologica*, **80**, 1939, pp. 291-320 et Stokes et Beermann, *Am. J. M. Sc.*, **203**, avril 1942, pp. 608-623 et *Ib.*, **204**, octobre 1942, pp. 601-624).

L. Golé.

Forman. — **Epidermolyse bulleuse localisée à la bouche** (Epidermolysis bullosa localized to mouth). *The British Assoc. of Derm. and Syphil.*, 6 juillet 1945, *The British Journal of Dermatology and Syphilis*, t. **58**, n° 1-2, janvier-février 1946, p. 26.

Une femme de 56 ans est atteinte depuis 10 ans ; ses deux sœurs et un frère sont normaux. De ses 3 enfants, la deuxième est, elle aussi, atteinte depuis l'enfance. Des 4 enfants de cette dernière, le premier est mort à un jour, le deuxième et le troisième ont été morts-nés, le quatrième est atteint depuis 3 mois. Chez tous, l'affection ne s'est traduite que par des bulles dans la bouche. A. Touraine.

E. Hollström. — **Symphyse de la conjonctive dans un pemphigus congénital** (Coarctation of conjunctiva in congenital pemphigus). *Soc. suédoise de Dermatologie*, 10 mai 1944 ; *Acta dermato-venereologica*, t. **27**, fasc. 1, juin 1946, pp. 59-62.

Après un rappel de la description clinique de Samuelson de cette localisation du pemphigus, H. rapporte l'observation d'un garçon de 6 semaines, sans antécédents héréditaires. Dès la naissance existaient des bulles sur la face, les jambes, la région anale. Quelques jours après, coryza sanguinolent et conjonctivite qui résiste au lucosil en laissant une symphyse des conjonctives. B.-W. négatif. L'auteur croit à une épidermolyse bulleuse. A. Touraine.

11d. — *Kératoses congénitales diffuses.*

J. B. Serra, M. Rechter et Castane Decoud (Rosario). — **Maladie de Darier** (Enfermedad de Darier). *Rev. Argent. Dermatosifilolog.*, t. **30**, n° 1-2, janvier-juin 1946, pp. 118-121.

Malade de 12 ans qui porte au front, cou, cuir chevelu, régions sus-claviculaires et sternale et sur le dos et la paume des mains, des lésions papuleuses, peu squameuses, sur une peau légèrement érythémateuse. L'aspect clinique est presque celui d'une épidermodysplasie verruciforme de Lewandowsky, mais l'histologie est celle de la maladie de Darier.

Les auteurs font alors remarquer la ressemblance clinique, déjà signalée plusieurs fois dans la littérature, entre plusieurs dermatoses verruciformes comme celle de Lewandowsky, l'acrokératose verruciforme de Hopf, les érythrokératodermies næviques, le kératoma disipatum, les verrues vulgaires, les nævi verruciformes et les formes avortées de la maladie de Darier; mais l'histologie de cette dernière est trop typique pour laisser aucun doute. Jonquières.

Z. A. Leitner. — **Trois cas de dyskératose folliculaire et deux cas de pityriasis rubra pilaire** (Three cases of dyskeratosis follicularis and two cases of pityriasis rubra pilaris). *Royal Society of Medicine (Sect. of Dermatology)*, 19 avril 1945, *The British Journal of Dermatology and Syphilis*, vol. **58**, n° 1-2, janvier-février 1946, pp. 11-17. Bibliographie.

Étude détaillée de ces 5 observations avec examen chimique du sang. Les deux cas de pityriasis rubra pilaire concernent la mère et son fils (de plus, une nièce est atteinte).

L'A. a obtenu, dans tous ces cas, une amélioration nette et même la guérison en 6 à 8 semaines après le début d'un long traitement à la vitamine A, notamment dans ceux de pityriasis rubra pilaire (à l'inverse de Carleton et Steven qui, en 1943, n'ont eu aucun résultat). La suppression de la vitamine a été suivie d'une aggravation, comme dans le cas de Peck (1943). Les résultats varient beaucoup selon les auteurs; bons dans le cas familial de Weiner et Lewin (1944) (mère et ses quatre enfants), dans celui de Pettler (1942); nuls dans ceux de Prosser Thomas (1943), Whittle et Gillespie (1943), Forman (1943), Brunsting et Sheard (1941). La dose efficace a été généralement de 100.000 à 200.000 U. I. par jour, pendant plusieurs semaines.

Pour Leitner ces deux affections sont des troubles du métabolisme dont les manifestations cutanées ne sont que la répercussion secondaire.

A. Touraine.

L. Forman. — **Maladie de Darier et prurit généralisé** (Darier's disease and generalized pruritus). *Royal Society of Medicine (Sect. of Dermatology)*, 17 octobre 1946 ; *The British Journal of Dermatology and Syphilis*, t. **59**, n° 2, février 1947, p. 63.

♂, 63 ans, ulcère duodénal perforé à 48 ans. Courtes poussées de prurit généralisé depuis 8 ans. Maladie de Darier classique avec lésions histologiques caractéristiques.

Amélioration du prurit par 20 milligrammes de testostérone chaque jour pendant 5 semaines. A. TOURAINE.

K. TATZ. — **Pityriasis rubra pilaire avec aïnhum et syringomyélie** (Pityriasis rubra pilaris with ainhum and syringomyela). *Proceedings of the Royal Society of Medicine, Section of Dermatology*, 20 décembre 1945, vol. **39**, n° 2, mars 1946, pp. 223-225. Bibliographie.

♂, 51 ans, début par kératose palmo-plantaire en 1917 ; en 1919 aïnhum du pouce gauche qui tombe en 1923 puis des 4 autres doigts qui tombent en 5 ans ; constricture de tous les doigts de la main droite ; signes neurologiques de syringomyélie, signes dermatologiques de pityriasis rubra pilaire. Rien dans la famille.

Cas identiques de Stelwagon (1902), Hyde (1910), Wigley (1929), Drummond (1939).

A cette occasion Z. Leitner rappelle l'existence, d'après Touraine (1942) d'une forme acquise et d'une forme héréditaire de pityriasis rubra pilaire. Il en rapporte une observation personnelle : la grand'mère atteinte a 1 fils normal (lui-même a 2 filles atteintes et 1 fils normal) et une fille atteinte (dont le fils est atteint). On connaît ainsi 15 observations familiales depuis 1900.

D'autre part on a parfois signalé, depuis Pettler (1936) le rôle possible d'une avitaminose A. 1 seul des membres de cette famille présentait une telle avitaminose et une diminution du carotène dans le sang; mais tous les cas ont été améliorés par des doses journalières de 250.000 U. de vitamine A. Il serait justifié d'admettre que le pityriasis rubra pilaire est toujours une génodermatose.

A. TOURAINE.

W. LUTZ (Bâle). — **A propos de l'épidermodysplasie verruciforme.** *Dermatologica*, vol. **92**, n° 1, 1946, pp. 30-43. 18 fig.

L. a repris l'étude de deux sœurs de 34 et de 23 ans qu'il avait publiée en 1932 comme épidermodysplasie verruciforme. L'état des deux malades, toutes deux atteintes dès le plus jeune âge, ne s'était pas modifié jusqu'en 1945; mais 3 de leurs 4 frères avaient entre temps présenté des verrues.

Des inoculations chez les malades et sur lui-même, de l'étude histologique, de la lecture des travaux sur la question, L. conclut aujourd'hui qu' « il apparaît comme probable que l'épidermodysplasie n'est pas une dermatose indépendante particulière, mais que cette affection représente une éruption généralisée de *verrues d'aspect spécial*. La différence vis-à-vis des verrues banales est due surtout au terrain ».

A. TOURAINE.

11e. — *Kératoses congénitales circonscrites.*

L. SEMMOLA. — **Kératoses idiopatiques en aires palmoplantaires associées avec d'autres dystrophies congénitales de type hyperkératosique (Syndrome de Jadasohn-Levandowsky). A propos de deux cas « solitaires » et non familiaux** (Cheratosi idiopatische arcate palmoplantari associate con altre distrofie congenite di tipo ipercheratosico (Sindrome di Jadasohn-Levandowsky). A proposito di due casi « solitari » non familiari). *Il Dermosifilografo*, année **20**, vol. **21**, n° 5-6, mai-juin 1946, pp. 105 à 144, 9 figures. Deux pages de Bibliographie.

L'A. décrit deux cas solitaires, non familiaux (deux fillettes, une de 8 ans et une de 9 ans) de kératose en aires palmo-plantaires idiopathiques associées avec d'autres altérations congénitales de type hyperkératosique représentées par la pachyonychie, de l'hyperkératose folliculaire, des lésions leucoplasiformes des gencives. Ces associations n'étaient présentes que dans un des deux cas dans lequel le tableau morbide était rendu plus complexe par la coexistence de dystrophies dentaires

d'un retard du développement psychique et somatique, d'un trophisme général très déficient, d'une hypotonie musculaire, d'une extrême laxité articulaire, de signes fonctionnels d'hypopituitarisme.

Après une courte discussion de diagnostic différentiel dans le but d'exclure la possibilité d'altérations hyperkératosiques acquises ou paratypiques, l'A. fait une analyse détaillée des divers symptômes observés chez les deux petites malades et confrontant cette étude avec les données de la littérature, il aboutit à cette conclusion que ses deux cas personnels doivent être classés parmi ces rares tableaux de complexes dystrophiques de type hyperkératosique, à base congénitale et parfois transmissibles par hérédité qui sont désignés sous le nom de syndrome de Jadasohn-Levandowsky. L'A. fait observer que ces rares syndromes dystrophiques qui peuvent être plus ou moins complets soit dans leur symptomatologie cutanée, soit dans l'extra-cutanée présentent des analogies clinico-morphologiques avec d'autres tableaux dystrophiques congénitaux qui intéressent l'épiderme. Il rappelle que Touraine estime que l'on peut encadrer le syndrome de Jadasohn-Levandowsky dans le groupe des neuro-ectodermoses congénitales duquel fait également partie la maladie de Recklinghausen. A propos de cette discussion, l'A. a l'occasion de faire quelques remarques sur le tableau histologique des altérations kératosiques.

Enfin l'A. s'étend longuement sur la question pathogénique, envisageant diverses hypothèses interprétatives qui tendent à expliquer la genèse des altérations de la peau, des ongles et des muqueuses visibles, la genèse des troubles psychiques, celle de la symptomatologie relative aux appareils musculaires, articulaires, osseux, aux conditions générales de développement et de trophisme.

Belcodère.

G. C. Wells. — **Kératodermie palmo-plantaire** (Keratoderma palmaris et plantaris). *Proceedings of the Royal Soc. of Medicine* (*Sect. of Dermatology*, 17 octobre 1946), t. **40**, n° 1, novembre 1946, p. 9.

Homme de 37 ans ; début dans l'enfance. Kératose en plaques sur les zones de pression (en callosités) ; pas d'hyperidrose. Lésions identiques, mais des plantes seulement, chez le grand'père maternel, la mère et une de ses sœurs, un frère (sur 4), une sœur (sur 4), une fille (sur 2) Hérédité en dominance régulière.

A. Touraine.

D. Bloom et E. Abramowitz. — **Porokératose de Mibelli.** *American Archives of Dermatology and Syphilology*, t. **47**, n° 1, janvier 1943, p. 1.

132 cas publiés. Exposé d'une observation familiale. Le père, 48 ans : lésions annulaires des doigts et de la face; deux fils de 16 et de 10 ans : lésions identiques annulaires ou linéaires. A. Touraine.

11f. — *Hyperplasies congénitales.*

L. Dussant. — **Un cas d'acanthosis nigricans juvénile** *Archives belges de dermatologie et de syphiligraphie*, juin 1946, pp. 126-129.

L'A.. présente un garçon de 9 ans atteint de cette rare affection évoluant depuis 8 ans sans aucune trace de cancer.

L'examen histologique a révélé, outre les lésions constantes dans l'acanthosis nigricans, des lésions particulières, décrites dans plusieurs maladies congénitales, comme l'épidermolyse bulleuse, la maladie de Darier et l'hyperkératose ichtyosiforme. Il s'agit d'une espèce d'acantholyse : dans le corps muqueux existent des fissures et des fentes produites par une rupture des prolongements intercellulaires,

qui semblent être anormalement fragiles. Cependant la cellule malpighienne conserve ses propriétés tinctoriales; elle reste donc vivante, à l'encontre de ce qui se passe dans le pemphigus, où l'acantholyse est liée à une lésion initiale de la cellule de Malpighi. LOUIS VISSIAN.

J. WALKER (Le Cap). — **Multiples cornes cutanées chez une jeune fille** (A case of multiple cutaneous horns in a young girl). *The British Journal of Dermatology and Syphilis*, t. **59**, n° 2, février 1947, pp. 54-57, 3 figures, pas de bibliographie.

♀, 17 ans ; début à 2 ans ; les cornes se détachent quand elles ont 1 à 5 centimètres et se reforment sans cesse. Fille gracile, idiotie mongolienne, arriération sexuelle, cheveux rares, ongles déformés, fines rides faciales, dents très cariées. 45 cornes volumineuses sur la face d'extension des quatre membres.

L'A. hésite entre une malformation congénitale et un psoriasis hypertrophique.
A. TOURAINE.

11g. — *Hypoplasies congénitales.*

P. FREUD, A. RHODES et A. WEISZ (New-York). — **Dysplasie cutanée héréditaire chez le nouveau-né** (Hereditary skin defect in the newborn infant). *Journal of Pediatry*, t. **27**, décembre 1945, pp. 591-594, 1 figure. Bibliographie.

Sur le cuir chevelu d'une fillette, dès la naissance, aire rouge framboise avec quelques petites formations nodulaires. A la périphérie, zone blanchâtre et brillante. Guérison en 27 semaines avec cicatrice brune, mince, glabre. La mère porte une lésion identique sur le cuir chevelu.

Discussion de la pathogénie. [Il semble, d'après la description, qu'il s'agisse d'une relativement fréquente aplasie cutanée circonscrite, bien connue depuis 50 ans, par les travaux des accoucheurs français, souvent héritée en dominance. *An.*]. A. TOURAINE.

F. RONCHESE. — **Syndrome d'Ehlers-Danlos** (Dermatorrhexis) (Ehlers-Danlos Syndrome). *The Urologic and Cutaneous Review*, t. **47**, n° 10, pp. 581-584, 4 figures. Bibliographie.

Courte revue générale, avec intéressantes reproductions d'illustrations anciennes de Meekren, chirurgien d'Amsterdam qui a décrit l'hyperélasticité de la peau dès 1682.

En 1943, Ronchèse n'a pu en réunir que 50 cas, publiés soit sous ce nom, soit sous celui de dermatorrhexis. A. TOURAINE.

M. JEUNE, J. ROUX, J. FEROLDI, J. MARTIN et RUPLINGER. — **La maladie d'Ehlers-Danlos.** *Journal de Médecine de Lyon*, 20 avril 1946, n° 631, pp. 311-323. Bibliographie.

Les A. font une étude très complète de cette curieuse dystrophie cutanée à l'occasion de sept cas qu'ils ont observés en un an. D'après eux les formes incomplètes sont fréquentes, les formes frustes également; c'est ainsi qu'ils rapportent le cas d'une femme de 44 ans et de ses trois enfants présentant de la fragilité cutanée, des cicatrices, mais une élasticité cutanée et un syndrome articulaire à peine ébauchés.

Au point de vue anatomo-pathologique les A. confirment l'opinion qui fait de cette maladie une affection du tissu mésenchymateux. Elle a un caractère congénital mais parfois aussi familial. En ce qui concerne l'étiologie, sans nier absolument le rôle de la syphilis et des endocrines, les A. se tiennent sur une prudente réserve. JEAN LACASSAGNE.

H. JANET, R. LEVENT, Mme AUPINEL et G. DUBEL. — **Syndrome d'Ehlers-Danlos**. *Société de Pédiatrie de Paris*, 15 janvier 1946, *Archives françaises de Pédiatrie*, t. **3**, n° 2 1946, pp. 176-178.

♂, 11 ans, premiers signes à 14 mois (cicatrisation lente après chute). Nombreuses

cicatrices, les unes atrophiques, les autres molluscoïdes ou angiomateuses ; hyperlaxité cutanée (pli de 5-7 centimètres), des petites et des moyennes articulations. Syndaclie des 2e et 3e orteils. Pas d'anomalies osseuses. Psychisme normal. Pas d'antécédents familiaux. Cicatrisation normale d'une biopsie de 5 centimètres.

A. Touraine.

11h. — *Dyschromies congénitales.*

P. H. Nexmand. — **Melanosis corii.** *Soc. danoise de Dermatologie*, 7 février 1945 ; *Acta dermato-venereologica*, t. **27**, n° 2, 1946, p. 133.

Connue aussi sous le nom d'*Incontinentia pigmenti* (Br. Bloch), cette génodermatose s'est observée chez une fillette de 7 ans, depuis 3 ou 4 mois, en taches nombreuses, gris bleuté ou acier, à contours imprécis, isolées ou confluentes, symétriques sur le dos et l'abdomen. Le pigment siège non dans la couche basale de l'épiderme mais dans des chromatophores étoilés du chorion superficiel, comme dans la tache mongolique et les nævi bleus. Pas d'autres anomalies signalées. Rien dans la famille.

A. Touraine.

A. Touraine et F. Couder. — **Lentiginose péri-orificielle et polypose viscérale.** *La Presse Médicale*, année **54**, n° 29, 22 juin 1946, 8 figures, p. 405.

Une nouvelle « chaîne » héréditaire, obéissant à la loi mendélienne de dominance régulière, est la combinaison d'une lentiginose à prédominance péri-orificielle et notamment péri-buccale et d'une polypose viscérale en particulier recto-colique. Les éléments de cette chaîne peuvent rester isolés, coexister chez le même sujet, ou alterner chez les divers membres d'une même famille. A propos d'une belle observation personnelle, les A. étudient ce type si spécial de lentiginose (31 cas probants en 13 observations, dont 4 familiales). La polypose viscérale a coexisté dans 5 observations, elle était probable dans trois autres.

H. Rabeau.

11i. — *Affections congénitales du système pileux.*

Holger Lundback. — **Alopécie totale congénitale** (Total congenital hereditary alopecia). *Act. Dermat. Vener.*, vol. **25**, fasc. 2, septembre 1944, pp. 189-206, 1 tableau. Bibliographie.

Définition : absence complète ou partielle du revêtement pileux définitif, qu'il y ait eu ou non agénésie du lanugo. Il faut exclure, cependant, les cas qui rentreraient dans cette définition d'hypertrichose par développement exagéré du lanugo, où l'absence du système pileux définitif est masquée par la présence d'un lanugo persistant et hypertrophié. Revue générale de la question, et discussion du mode de transmission (caractère dominant ou récessif). Puis observation personnelle des deux familles où l'hérédité a été du type récessif.

A. Civatte.

11j. — *Dysplasies congénitales des ongles.*

H. Goodman (New-York). — **Pachyonychie congénitale** (Pachyonychia congenita). *The Urologic and Cutaneous Review*, t. **50**, n° 8, août 1946, pp. 465-467, 1 figure. Pas de bibliographie.

Un cas de syndrome de Jadasshon et Lewandowsky chez un homme de 17 ans, sans autre cas familial : ongles tombés à 40 jours, ayant repoussé longs, épais, durs ; plu-

sieurs rechutes et repousses depuis l'enfance ; bulle à un pied, par frottement de la chaussure, à 8 ans, et, plus tard, aux lèvres ; leucokératose des joues, de la langue, de l'anus depuis 4 ans ; hyperkératose folliculaire des bras et avant-bras (surtout aux olécranes) ; érosions malléolaires et sur la plante droite ; quelques dents cariées ; état physique et psychique normal A. Touraine.

11. — *Nævi.*

H. Jaeger (Lausanne). — **Recherches histologiques sur les nævi cellulaires et pigmentaires à l'aide de l'imprégnation argentique.** *XXVII[e] Congrès de la Soc. suisse de dermatologie et de vénéréologie*, Berne, 30 juin, 1[er] juillet 1945 ; *Dermatologica*, vol. **92**, n° 4, 1946, pp. 165-186, 24 figures. Courte bibliographie.

Importante étude sur 65 nævi *cellulaires* (renfermant des cellules næviques en infiltrat dermique), la plupart chez des sujets de plus de 50 ans et traités par l'imprégnation argentique selon la méthode de Bielschowsky-Gros.

Rappel des travaux et conceptions antérieurs de Soldan (1899), P. Masson (1926), Foot (1931), Laidlaw et Murray (1933), Miescher et v. Albertini (1935), Feyrter (1938), John (1939), Ota (1940), Montgomery (1940), sur le même sujet.

L'A. résume l'histologie pathologique du lentigo, des nævi pigmentaires plans infiltrés, des nævi tubéreux simples ou pileux, des nævi mollusca, papillomateux. Ces nævi renferment presque toujours la triade : *cellules næviques intradermiques* en infiltrat autour de *fibres nerveuses* et du *pigment mélanique* dans le chorion et l'épiderme sus-jacent. Des proportions variables de ces trois éléments dérivent les diverses modalités cliniques. Le pigment est parfois absent. Les cellules næviques forment dans le derme superficiel et jusque dans la basale des thèques cellulaires dites de ségrégation qui ne proviennent nullement d'une prolifération d'éléments cellulaires de l'épiderme ou de ses annexes. Les cellules næviques sont étroitement rattachées aux nerfs myéliniques du derme et doivent être considérées comme issues par prolifération des éléments cellulaires des gaines de ces nerfs sans qu'on puisse préciser si leur origine exacte est le périnèvre, le syncytium de Schwann, l'endonèvre, le neuro-endothélium ; la plus probable est le syncytium de Schwann. Le même doute subsiste pour les tumeurs nerveuses (neurinomes, maladie de Recklinghausen, nævi pigmento-cellulaires ou neuronævi) quoiqu'elles aient toutes des liens de parenté. Il en est de même pour le facteur héréditaire.

Les rapports des nævi avec les corpuscules de Wagner-Meissner, admis par Masson, paraissent peu probables à Jaeger. Les nævi sont rares là où ces corpuscules abondent (pulpe des doigts) et inversement.

Mais ces études sont encore incomplètes; elles manquent de nævi aux stades initiaux de lentigines, de certaines techniques; elles doivent être complétées.

A. Touraine.

P. Lambeau. — **Nævi pigmentaires et xanthome.** *Archives belges de dermatologie et de syphiligraphie*, juin 1946, pp. 206-209.

L'A. présente un jeune malade de 25 ans avec un grand nombre de nævi pigmentaires, de forme variée : nævi plans à peine colorés, nævi plans de coloration normale, nævi saillants, nævi verruqueux. Associée à ces nævi, il existe une tumeur xanthomateuse à la face postérieure de la cuisse gauche. Le malade ne peut préciser à quand remonte le début des nævi et de la tumeur. S'agit-il d'une transformation xanthomateuse d'un nævus éventuel ? Rien dans l'examen histologique ne vient confirmer cette hypothèse : nulle part dans la tumeur on ne trouve la moindre trace d'un nævus originel. Peut-être s'agit-il d'un xanthome primitif.

La cholestérinémie du malade est normale mais le xanthome peut coexister, rarement il est vrai, avec une cholestérinémie normale.

Le pronostic immédiat ne paraît pas défavorable : la tumeur est nettement limitée en profondeur et sur les côtés, elle n'a aucun caractère évolutif ou inflammatoire. Mais le jeune âge du sujet, l'exhubérance de ses manifestations cutanées doivent faire réserver le pronostic à longue échéance. LOUIS VISSIAN.

T. RIGGIO. — **Nævus syringo-cystadénomateux papillifère** (Nevo siringo-cistadenomatoso papillliferon). *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, vol. **84**, fasc. II, avril 1943, pp. 146 à 164, 9 belles figures en noir. Bibliographie.

Description d'un cas de nævus syringo-cystadénomateux papillifère de la région temporale droite chez une femme de 43 ans, apparu depuis deux ans sur une formation nævique restée jusqu'alors silencieuse.

La structure histologique de l'affection tirait son origine d'une malformation épithéliale dont les cellules, en partie d'aspect nettement nævique, se groupaient avec des aspects de structure semblables à des segments détachés de glandes sudorales, atypiques mais qui sécrétaient en beaucoup de points. En fait, l'aspect kystique de l'affection était en rapport avec le comblement graduel des espaces glandulaires par accumulation et rétention de la sécrétion.

Certaines de ces formations creuses présentaient, dans leur intérieur, des proliférations de leur épithélium de revêtement à type papillifère et ce sont ces proliférations qui permirent le diagnostic de l'affection.

L'affection est interprétée, au point de vue pathogénique, comme liée au développement atypique d'un îlot épithélial resté jusqu'alors à l'état embryonnaire.

BELGODÈRE.

P. GAITONDO. — **Traitement de nævi verruqueux par le virus de l'herpès** (Herpes virus therapy of warty nævi). *The Lancet*, t. **252**, n° 6439, 1947 I, n° 4, 25 janvier 1947, p. 158.

Chez un homme atteint de 3 nævi verruqueux sur la verge, une poussée d'herpès détruit l'un des nævi en laissant une cicatrice à peine visible; une deuxième poussée détruit les deux autres nævi.

L'A. isole et cultive du virus herpétique sur membrane chorio-allantoïde du poulet, il l'inocule ensuite sur un nævus verruqueux du doigt et en même temps à la peau par scarification (où il reproduit de l'herpès). Le 7e jour, une ulcération se forme sur le nævus, qui détruit celui-ci le 10e jour et se cicatrise 4 jours plus tard.

Un essai sur un ulcus rodens ne donne pas de résultat autre que le détachement du bord de la plaie, mais on retrouve des corpuscules granuleux dans le cancer; le virus herpétique a donc cultivé dans la tumeur. A. TOURAINE.

11m. — *Angiomes.*

F. RONCHESE (Providence, U. S. A.). — **La photographie aux rayons infra-rouges dans le diagnostic des tumeurs vasculaires** (Infra-red photography in the diagnosis of vascular tumors). *The American Journal of Surgery*, vol. **37**, n° 3, septembre 1937, pp. 475-477, 6 fig., bibliogr.

Dans les cas douteux, la photographie aux rayons infra-rouges donne une ombre spéciale pour les espaces sanguins; elle permet ainsi d'apprécier plus exactement la part des formations angiomateuses dans les tumeurs. De beaux exemples en sont donnés par 6 photographies en deux exemplaires juxtaposés, l'un en lumière ordinaire, l'autre en rayons infra-rouges. A. TOURAINE.

J. Decourt, L. Lafourcade et M. Audry. — **Angiome en nappe très étendue, avec troubles de la coagulation sanguine du type hémophilique.** *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 29 juin 1945, 4e série, nos 21, 22, 23, p. 310.

Curieuse observation d'un homme de 46 ans qui a vu apparaître en 10 ans (depuis l'âge de 36 ans) un vaste angiome thoraco-abdominal en cuirasse, avec des nodosités, mollasses violacées. Une de celles-ci écorchée a provoqué une hémorragie qui dura 6 jours. Il existe en effet un syndrome hémophilique : temps de saignement raccourci : 1 minute et demie ; temps de coagulation *deux heures*, réduit à 19 minutes après un traitement par transfusions sanguines.

A signaler, l'existence d'adénopathies inguino-crurales bilatérales inexpliquées.

Cette affection ne présente pas de caractère familial, et malgré l'apparition tardive de l'angiome, les auteurs pensent que le syndrome est la conséquence d'une dysplasie embryonnaire mésodermique. Georges Garnier.

F. Ambrosetti, P. Bosq et R. Sempaux. — **Hemolymphangiome** (Hemolinfangioma). *Rev. Argent. Dermatosifilolog.*, t. **30**, no 1-2, janvier-juin 1946, pp. 112-113.

Malade de 12 ans, qui, depuis un an, présente sur la figure, le dos et les mains, des placards irréguliers, sur lesquels la peau amincie est blanc jaunâtre, légèrement violacée, avec quelques télangiectasies irrégulières. Au début, c'étaient de petites papules, groupées en placards, qui s'atrophièrent en s'accompagnant de prurit. L'histologie montre une dilatation des capillaires sanguins et lymphatiques dans le derme superficiel, sans réaction du derme profond ni de l'épiderme. C'est un exemple de lymphangiome circonscrit. La radiothérapie est conseillée. Jonquières.

A. Panneton (Trois Rivières, Canada). — **Angiome du voile du palais.** *L'Union Médicale du Canada*, t. **71**, no 9, septembre 1942, pp. 930-933, bibliogr.

A l'occasion de l'observation personnelle d'un vaste angiome du voile membraneux et du pilier postérieur gauche chez un garçon de 3 ans, l'auteur rappelle les cas antérieurs de Bourgeois (*Ann. Mal. oreille*, 1929, p. 960), Lemoine (*ibid.*, 1936, p. 706), Woodward (*The Laryngoscope*, 1936, p. 32 ; 50 cas), Philipps (*Dis. of Ear. Nose a. Throat*, p. 739). Il discute les avantages et inconvénients relatifs du radium et de l'exérèse et s'est décidé, avec plein succès, pour cette dernière.

A. Touraine.

J. Wigley. — **Angioma serpiginosum (Crocker).** *Proceedings of the Royal Society of Medicine (Sect. of Dermatology*, 18 octobre 1945), vol. **39**, no 1, décembre 1945, p. 89, 2 fig.

Bel exemple de ce type très rare d'angiome chez une femme de 35 ans. Début à 15 ans sur le bras droit ; extension en 4 à 5 ans, sur les bras, le tronc, les cuisses, sans régression spontanée. L'éruption est formée de télangiectasies en réseaux ou serpigineuses, de grains poivre de Cayenne. Pas de pigmentation ni de desquamation ni d'atrophie. Efficacité du radium. A. Touraine.

A. Schwartz. — **Hémangio-endothéliome multiple malin chez un enfant : une observation** (Multiple malignant hemangio-endothelioma in enfant. Report of case). *Archives of Pediatry*, t. **62**, janvier 1945, p. 1.

Chez une fille de 6 semaines, amaigrissement, inappétence, gonflement progressif de l'abdomen depuis la naissance, nombreux hémangiomes disséminés sur le tronc et les extrémités, ventre volumineux, foie descendant jusqu'à l'ombilic, forte anémie, évolution mortelle rapide.

Ce cas remplit donc les conditions énumérées par Kunstader d'après l'étude de 15 cas : augmentation progressive de l'abdomen depuis la naissance, troubles gastro-intestinaux, évolution progressive, dyspnée, anémie.

L'évolution clinique des tumeurs vasculaires malignes est très variable. Il en existe trois types : 1° angiomes métastasiants mais restant bénins, n'affectant que peu la santé ; 2° angiomes à évolution plus accélérée avec perte rapide de poids, cachexie et mort en quelques semaines ou mois ; 3° angiomes simulant un sarcome mélanique. A. Touraine.

R. Poinso, J. Marcorelles et J. Charpin (Marseille). — **Angiome thoraco-brachial avec hypertrophie d'un membre supérieur (Syndrome de Parkes-Weber).** *Société de Médecine de Marseille*, 10 avril 1946.

♂, 57 ans, angiome plan de tout le membre supérieur droit avec placard pectoral et scapulaire. Hypertrophie du squelette et des parties molles de l'avant-bras.

A. Touraine.

R. Poinso, J. Charpin et Mlle Desprez. — **Apropos d'un cas de nævus thoraco-brachial avec ostéo-hypertrophie du membre supérieur (syndrome de Parkes-Weber).** *La Presse Médicale*, année **54**, n° 63, 25 décembre 1946, p. 865, 4 figures.

A propos d'une observation personnelle : homme de 57 ans présentant sur la moitié supérieure du thorax de larges angiomes plans de couleur « lie de vin », au membre supérieur droit, tout entier violacé et hypertrophié (surtout la main « en battoir ») les A. exposent quelques considérations pathogéniques. Il ne s'agit pas d'une variation du génotype, obéissant aux lois mendéliennes (Siemens), mais d'une malformation locale congénitale plus ou moins tardive. Cette malformation peut être expliquée par deux groupes de théories : 1° anomalies du système artériosoveineux ; 2° ce syndrome (nævus et hypertrophie du membre) est la conséquence d'une lésion sympathique congénitale ; qu'ils discutent. Le syndrome de Parkes-Weber, association au niveau d'un membre d'un angiome étendu à l'hypertrophie des parties molles et du squelette, provient pour eux, le plus souvent, d'une lésion du système sympathique latéromédullaire ou des relais ganglionnaires axiaux.

H. Rabeau.

F. Ronchese (Providence, R. S. ; U. S. A.). — **Hémangiomes ; leur traitement doit-il être actif ou d'expectative ?** (Hemangiomas. Should treatment be expectant or active ?). *Rhode Island Medical Journal*, t. **29**, 1946, pp. 658-661, 11 figures. Courte Bibliographie.

On sait que certains angiomes peuvent disparaître spontanément : Lister (*Lancet*, 1938, 1er semestre, p. 1429) affirme même qu'il a vu disparaître ainsi, en moins de 5 ans, tous les 93 angiomes tubéreux que portaient 77 enfants. Sur 347 angiomes de sa pratique personnelle, Ronchèse n'en a vu aucun guérir spontanément. Comme, d'autre part, les risques et les séquelles du traitement (surtout radium) sont très minimes, il recommande de ne laisser sans soins que les angiomes qui seraient susceptibles, tôt ou tard, d'une exérèse chirurgicale.

A. Touraine.

L. van Bogaert et P. Divry. — **Sur une maladie familiale caractérisée par une angiomatose diffuse cortico-méningée et une démyélinisation de la substance blanche du centre ovale.** *Soc. de Médec. mentale de Belgique*, 29 septembre 1945, in *Bruxelles-Médical*, année **25**, n° 23, 9 décembre 1945, pp. 1090-1091.

Observation d'une famille dans laquelle l'affection a été héréditaire, en récessivité liée au sexe masculin.

Signes dermatologiques : troubles pigmentaires et « peau marbrée congénitale » ou cutis marmorata dont les réseaux télangiectasiques affectent sur le tronc une disposition plus ou moins métamérique.

Signes neurologiques : démence, épilepsie, signes moteurs dimidiés à la fois déficitaires et excito-moteurs, pyramidaux et extra-pyramidaux, hémianopsie complète ou en quadrant. Ces signes répondent à une angiomatose, surtout veineuse, non calcifiante, affectant l'encéphale postérieur et moyen et le cervelet, combinée à une dégénérescence diffuse, quoique à prédominance unilatérale, de la substance blanche, du type des leucodystrophies familiales.

Il ne s'agit probablement pas de dégénérescence axiale secondaire à l'angiomatose mais d'une polydysplasie atteignant à la fois le feuillet mésenchymateux méningé et l'appareil de soutien ecto-mésodermique de la substance blanche.

A. Touraine.

B. Wells (Nashville, U. S. A.). — **Angiomatose hémorragique héréditaire** (Hereditary hemorragic telangiectasia). *The American Journal of the Medical Sciences*, vol. **211**, fasc. 5, n° 890, mai 1946, pp. 577-582. Courte Bibliographie.

Le tableau classique de l'affection, établi par Rendu, Osler, Goldstein, Houser (1934), Barrock (1944), etc., comporte une tendance héréditaire aux télangiectasies et aux hémorragies; mais les temps de saignement, de coagulation, la rétraction du caillot, le nombre des plaquettes, le signe du lacet restent normaux.

Des cas anormaux vis-à-vis de ces éléments hématologiques ont permis à Singer et Wolfson (*New-England J. Med.*, **230**, 1944, p. 637) de décrire, à côté de l'angiomatose hémorragique héréditaire typique :

1° une *pseudo-hémophilie* de v. Willebrand (1926) avec temps de saignement prolongé, signe du lacet variable (par fragilité capillaire);

2° un *purpura simplex héréditaire familial*, avec signe du lacet positif (par déficience de la contractilité capillaire réactionnelle).

Wells rapporte 5 observations familiales d'angiomatose hémorragique héréditaire dont deux seulement (obs. 3 et 4) sont pures. Dans les deux premières, il existe un allongement du temps de saignement (6 et 5-7 minutes) et en plus, dans la première, un signe du lacet positif : ces deux cas rentrent dans la pseudo-hémophilie. Dans la cinquième, on note une rétraction du caillot en 24 heures et un signe du lacet variable. A. Touraine.

C. H. Whittle. — **Angiomatose hémorragique de Rendu-Osler-Weber** (Hæmorrhagic telangiectasia of Rendu-Osler-Weber). *Proceedings of the Royal Society of Medicine* (*Section of Dermatology*, 17 octobre 1946), t. **40**, n° 1, novembre 1946, pp. 7-8).

1° Homme de 23 ans. Depuis 7 ans, petites taches de fines télangiectasies sur le dos des mains, quelques épistaxis [foie non mentionné, *An.*]. Discussion brève du diagnostic avec la telangiectasia macularis eruptiva perstans et les angiomes. Pas de notion familiale (ainsi que dans 20 o/o des cas d'après Stock, 1944).

2° Femme de 60 ans. Depuis 20 ans, angiomes de la langue ; depuis 15 ans, épistaxis ; quelques télangiectasies sur la langue, un gros orteil, un doigt, la voûte palatine. Lésions analogues chez la grand'mère et une tante paternelle, le père, un frère (deux sœurs normales) ; 9 enfants encore indemnes [âge non indiqué, *An.*].

A. Touraine.

R. Debré, M. Lamy, Ph. Seringe et Mme Poggan. — **La cirrhose hépatique congénitale et familiale**. *Annales de Médecine*, t. **47**, n° 1, 1946, pp. 48-87, 5 figures. Longue bibliographie.

De la cirrhose juvénile, familiale, dont les A. font une étude détaillée et intéressante, il faut signaler la parenté avec :

l'*angiomatose hémorragique et héréditaire*, de Rendu-Osler, avec la fréquence d'une cirrhose hépatique hypertrophique, connue depuis L. van Bogaert et souvent familiale, héritée en dominance;

l'*angiosclèroplastose* ou angiomatose cutanéo-muqueuse avec scléroses viscérales associées (Mme H. Fiessinger, *Thèse*, Lyon, 1942). Très peu accusée à la naissance, l'affection se manifeste, chez de très jeunes enfants, par de nombreuses varicosités capillaires d'un rose violacé qui sillonnent les téguments. Ces varicosités s'étendent et s'aggravent rapidement; elles peuvent s'ulcérer, se recouvrir de croûtes hémorragiques. A l'autopsie, une sclérose pluriviscérale affecte surtout le foie, les poumons, la rate et se systématise sur les pédicules, les gaines vasculaires des organes.

Dans le foie, on trouve des îlots conjonctifs qui renferment en abondance des névromes, des épithéliums biliaires proliférés, des vaisseaux très altérés, toutes lésions à rapprocher de l'hépato-angéite sclérogène en îlots, de Favre, chez l'adulte. Faits comparables, chez des nouveau-nés, de Voron, Boel et Pigeaud.

A. Touraine.

11n. — *Tumeurs congénitales.*

G. Renard. — **Les aspects pathologiques du fond de l'œil dans les affections de la rétine (Atlas ophtalmoscopique)**. 1 vol., Masson édit., 1946, 170 pages, 32 planches en couleurs.

Ouvrage fondamental pour l'ophtalmologiste, mais qui intéressera aussi le dermatologue qui y trouvera un texte abondant et documenté ainsi qu'une magnifique illustration en couleurs des lésions de la rétine au cours de plusieurs importantes génodermatoses.

1° *Stries angioïdes de la vitrée choroïdienne* (dites de la rétine) avec une observation personnelle et abondants commentaires sur le syndrome de Groenblad.Strandberg et l'élastorrhexie systématisée de Touraine; diagnostic avec la rétinite de Coats (5 planches en couleurs).

2° *Phakomatoses rétiniennes*, dans la *sclérose tubéreuse* de Bourneville ou epiloïa, avec 2 observations personnelles (6 figures en noir) et long commentaire, dans l'*angiomatose rétinienne* ou maladie de von Hippel, avec 3 observations, important commentaire, diagnostic avec la tortuosité des vaisseaux rétiniens (8 planches en couleurs).

3° *Dégénérescences cérébro-maculaires familiales* de la maladie de Tay-Sachs, de la dégénérescence juvénile, diagnostic avec la maladie de Stargardt (3 planches en couleurs).

A. Touraine.

M. Cossa (de Nice). — **Tumeur sous-unguéale du glomus neuromyo-artériel.** *Société de Neurologie de Paris*, séance du 6 décembre 1945, in *Revue Neurologique*, t. **77**, n° 11-12, novembre-décembre 1945, pp. 342-343.

Il s'agit d'une femme de 33 ans, atteinte depuis cinq ans de douleurs violentes de la main gauche, irradiant de l'annulaire à tout le membre supérieur, sous forme d'élancements en éclairs provoqués par le moindre choc ou la moindre pression de l'ongle de l'annulaire. Ces douleurs, habituellement passagères, sont déclenchées d'une manière régulière par le séjour au lit et l'exposition au froid, en particulier l'immersion dans l'eau froide ; la main devient alors chaude et cuisante, prend un aspect violacé surtout au niveau de l'ongle ; par la suite apparaît une sensation atroce de broiement, d'arrachement, s'étendant jusqu'à l'épaule et durant aussi longtemps que le membre n'est pas rendu à une température normale.

A l'examen, tache bleutée de la lunule de l'ongle, de 5 millimètres sur 3, au niveau de laquelle la pression même légère déclenche une crise douloureuse immédiate. Aspect du doigt et de la main normal au repos. Pas de modification de la température cutanée. Mouvements normaux. Pas de modification de la sensibilité objective. Pas de troubles des réflexes. Oscillations artérielles normales. Pas de syndrome oculo-sympathique associé.

L'ablation de l'ongle met en évidence une tumeur ovoïde en regard de la tache bleutée. L'excision de cette tumeur est suivie de la disparition définitive des douleurs.

L'examen histologique de la pièce a montré une structure spéciale caractérisée par des vaisseaux à parois très épaisses formées de cellules neuro-musculaires. Trame collagène isolant le glomus du derme où il est logé. Absence de signes de dégénérescence maligne.

Cette variété de tumeur répond au type du *glomus neuro-myo-artériel des extrémités*, signalé pour la première fois par Barré et décrit en 1924 par Masson. Il est à noter que, contrairement à la règle, les troubles trophiques et oculo-sympathiques font ici complètement défaut.

Lucien Périn.

11o. — *Neuro-ectodermoses congénitales.*

P. Puech, J. Lereboullet et P. Bernard. — **Sclérose tubéreuse et tumeurs cérébrales.** *Revue Neurologique*, t. **77**, n° 9-10, septembre-octobre 1945, pp. 225-246, 6 figures. Bibliographie.

Importante étude sur la sclérose tubéreuse, maladie de Bourneville ou epiloïa

(Sherlock). Cette affection généralement considérée comme rare et d'intérêt spéculatif est, d'après les auteurs, plus fréquente qu'on ne le croit si l'on tient compte des formes frustes, et des acquisitions thérapeutiques récentes lui ont donné un regain d'actualité.

Maladie de système à caractère familial et héréditaire, associant à un *syndrome cutané* classique (adénomes sébacés du type Pringle, angio-fibromes péri-unguéaux de Kœnen, lésions cutanées du type neuro-fibromatose de Recklinghausen), des *manifestations neuro-psychiques* telles que l'arriération mentale et les crises d'épilepsie, elle est liée à des lésions craniennes : *calcifications superficielles* et *profondes* ou *tumeurs cérébrales*, qui aggravent son pronostic.

Les auteurs mettent à profit deux cas de sclérose tubéreuse typique observés par eux à l'Hôpital Sainte-Anne pour faire une étude clinique et anatomique complète de la question. A l'encontre des idées classiques ils insistent sur le fait que l'affection ne doit pas être considérée comme une malformation au-dessus de toute ressource thérapeutique. Même dans les cas où l'examen radiologique décèle des calcifications multiples faisant croire à des lésions diffuses, il peut s'agir d'altérations purement osseuses. La neuro-chirurgie leur a permis d'obtenir deux succès au moins en ce qui concerne les crises nerveuses le premier dans un cas de tumeur cérébrale unique et énucléable, le second dans un cas de méningite séreuse associée aux lésions cérébrales. LUCIEN PÉRIN.

M. LEFRANC et J. R. D'ESHOUGUES (Alger). — **Sclérose tubéreuse de Bourneville.** *L'Algérie médicale*, n° 1, janvier-février 1946, pp. 51-53.

Musulman de 8 ans, très nombreux adénomes de la face type Pringle, peau de chagrin lombaire, taches achromiques ou pigmentaires, mollusca pendula, crises épileptiformes, calcification dans l'encéphale, strabisme interne, irritabilité, méchanceté, pas de phacomatose rétinienne. A. TOURAINE.

Jean DELAY et Pierre PICHOT. — **Sclérose tubéreuse de Bourneville et lentiginose dysraphique médio-faciale.** *Société de Neurologie de Paris*, séance du 2 mai 1946, in *Revue Neurologique*, t. 78, n° 5-6, mai-juin 1946, pp. 233-234.

Il s'agit d'une fillette de 12 ans, internée à la Fondation V. pour « encéphalite avec crises convulsives » et présentant la symptomatologie habituelle de la sclérose tubéreuse : petites tumeurs arrondies, saillantes, du volume d'une tête d'épingle, de coloration rosée ou rouge vif disparaissant à la pression, siégeant autour de la bouche et dans les sillons naso-géniens (adénomes sébacés symétriques du type Pringle). L'enfant est atteinte d'oligophrénie se traduisant par une idiotie complète : elle ne parle pas, émet seulement quelques cris, ne comprend pas l'ordre le plus simple, a une vie uniquement végétative, ne s'intéresse qu'à son alimentation. Incontinence sphinctérienne complète. Crises épileptiformes. Pas de syphilis apparente. La radiographie du crâne montre dans la zone pariéto-occipitale vue de profil quatre à cinq petits nodules lenticulaires groupés en amas, et dans la région occipitale quelques opacités de plus petite taille. L'encéphalographie gazeuse montre une énorme dilatation de tous les ventricules, surtout du ventricule latéral gauche dont la corne occipitale n'est séparée du cortex que par une mince pellicule.

Les manifestations cutanées sont survenues à une date relativement récente et les troubles nerveux les ont nettement précédées.

L'observation présente un intérêt particulier du fait qu'à la sclérose tubéreuse est associée une lentiginose médio-faciale caractérisée par des taches rappelant les éphélides mais ne variant pas comme ces dernières sous l'influence de la lumière solaire, de coloration d'ailleurs plus foncée, et localisées sur les deux versants et les ailes du nez, les pommettes et le front. La tableau rappelle la neuro-ectodermose décrite par Touraine en 1942 sous le nom de lentiginose dysraphique médio-faciale et caractérisée par l'association d'une lentiginose médio-faciale, de troubles psychiques à type d'oligophrénie et de malformations rentrant dans le

cadre du *status dysraphicus*. Ces dernières sont représentées ici par des dystrophies diverses, double pied bot équin, acrocyanose des membres inférieurs avec œdème important en position déclive, tumeurs diverses situées sur le cou, le front, la région lombaire, etc.

La coexistence d'une sclérose tubéreuse type Bourneville-Pringle et d'une lentiginose dysraphique médio-faciale type Touraine pose le problème de la parenté des deux affections. Touraine a lui-même observé chez deux sujets atteints de lentiginose dysraphique médio-faciale l'existence de plaques chagrinées évoquant la maladie de Bourneville, mais l'association complète des deux affections n'avait pas encore été constatée. Selon toute vraisemblance il ne s'agit pas d'une association accidentelle, mais d'une seule maladie héréditaire à modalités d'expression variables. Deux sœurs de la malade présentaient des éléments indiscutables de *status dysraphicus* et une lentiginose médio-faciale, une 3[e] sœur une lentiginose sans dysraphie.

Lucien Périn.

J. Schmied (Bâle). — **Sur la connaissance de l'épithélioma adénoïde kystique de Brooke et de l'adénome sébacé de Pringle** (Zur Kenntnis des Epithelioma adenoides cysticum Brooke und des Adenoma sebaceum Pringle). *Dermatologica*, vol. **93**, n° 1, 1946, pp. 36-56, 2 figures. Longue bibliographie.

A propos de 4 cas personnels, brièvement rapportés, d'épithélioma de Brooke et de 2 cas d'adénomes de Pringle, l'A. tente d'établir la distinction entre ces deux affections et l'individualité de chacune d'elles.

Il n'y arrive d'ailleurs pas et ajoute à la confusion qui règne actuellement dans la terminologie, les conceptions et les rapports des diverses hyperplasies bénignes de la peau.

Comme type d'épithélioma adénoïde kystique il prend, en effet, les adénomes sébacés symétriques de la face du type Balzer-Menetrier et y incorpore tantôt des cas de nodules isolés du tronc et des membres (Brooke, Dohi) ou, à la fois, de la face et de la poitrine (Christian), tantôt des cas intitulés lymphangiomes multiples (Lesser et Buschke), tantôt des tumeurs solitaires du sourcil (Wolters, Schopper, Gordon) et même des tumeurs cylindromateuses du cuir chevelu (Watanabe). La description histologique que Schmied en donne paraît répondre à celle de l'hidradénome éruptif de Darier (que Brooke assimilait d'ailleurs à ses cas d'épithélioma adénoïde kystique). L'épithélioma de Brooke apparaît à la puberté; il est fréquemment familial sans qu'un mode d'hérédité puisse être précisé; mais jamais il ne s'associe avec des troubles mentaux ou avec des signes de sclérose tubéreuse.

Quant à l'adénome sébacé type Pringle, la description qu'en fait Schmied est conforme aux notions classiques. Les troubles mentaux, la sclérose tubéreuse s'y associent souvent. Il se combine parfois à la maladie de Recklinghausen et est généralement héréditaire en dominance simple ou irrégulière.

Schmied souligne le polymorphisme histologique du type Pringle et rappelle les trois types admis par Winkler (type Caspary : grande prédominance des glandes sébacées; type Pringle : adénomes sébacés, fibromatose, angiomatose; type Darier : fibromatose et télangiectasies, sans glandes sébacées), mais signale que des transitions unissent ces trois types.

En conséquence, Schmied propose de diviser le groupe des « nævi symétriques bénins de la face » en deux sous-groupes, le type Balzer-Menetrier-Brooke et le type Pringle-Caspary-Darier.

Signalons la divergence de l'interprétation différente donnée en Allemagne et en France au terme d' « épithéliome », l'A. pense que le mot d'épithéliome est

ici impropre et qu'il vaut mieux appeler l'adénome sébacé de Pringle du nom de « nævus sebaceus angiofibromatosus Pringle ».

[Des réserves doivent donc être formulées sur les conclusions de l'A. qui veut séparer le type Balzer-Menetrier des autres types d'adénomes symétriques et l'incorporer à l'épithélioma de Brooke, alias hidradénomes éruptifs, dans lequel il fait d'ailleurs rentrer des hyperplasies de nature très différente. *An.*].

A. Touraine.

H. Kuske (Berne). — **Maladie de Bourneville-Pringle : adénomes sébacés et phacomatose de la papille de van der Hœve** (Morbus Bourneville-Pringle [Adenoma sebaceum und Neurozytophakoma papillæ (van der Hœve]). *Dermatologica*, vol. **92**, nº 5-6, 1946, pp. 299-300, 1 figure.

De cette observation très incomplète chez une fille de 17 ans, sans enquête familiale, sans radiographie, à retenir seulement l'existence de quelques éléments arrondis, un peu jaunes, en frai de grenouille sur la papille oculaire.

A. Touraine.

Helen Dimsdale. — **Sclérose tubéreuse avec calcification intracranienne et lésions osseuses** (Tuberose sclerosis with intracranial calcification and lesions of bone). *Proceedings of the Royal Society of Medicine* (*Sect. of Neurology*, 7 novembre 1946), t. **40**, nº 2, décembre 1946, p. 81.

Observation intéressante malgré sa brièveté. Femme de 39 ans, de famille normale (père alcoolique). Début à 5 ans des adénomes sébacés type Pringle, fibromes cutanés et sous-cutanés disséminés, peau de chagrin lombo-sacrée ; adhérence du lobule des oreilles, forte déficience mentale. Yeux normaux. Calcémie 103 milligrammes par litre, phosphore inorganique 34 milligrammes. Hyperostose frontale interne ; plexus choroïdes fortement calcifiés, 2 taches paraventriculaires de calcification ; épaississements périosté des os du métacarpe et du métatarse, zones de raréfaction, rappelant de petits kystes, dans les phalanges terminales, atrophie des douzièmes côtes ; pas de spina bifida.

A. Touraine.

M. Foss. — **Un cas d'adénomes sébacés type Balzer** (A case of adenoma sebaceum, typus Balzer). *Soc. norvégienne de Dermatologie*, 25 mai 1944 ; *Acta dermato-venereologica*, t. **27**, nº 2, 1946, pp. 168-170.

Homme de 18 ans dont le père a les mêmes lésions à la face. Début à l'âge de 4 ans. Aucune autre manifestation que de petites tumeurs de la même couleur que la peau, sur les faces latérales du nez et dans les sillons naso-géniens.

A cette occasion, courte et très incomplète étude d'ensemble de l'affection.

A. Touraine.

11p. — *Maladie de Recklinghausen.*

A. D. Wright. — **Maladie de Recklinghausen** (Von Recklinghausen's disease). *Proceedings of the Royal Society of Medicine* (Clinical Section, 11 octobre 1946), t. **40**, nº 2, décembre 1946, pp. 49-50, 1 figure.

Observation d'une regrettable concision, chez une fillette de 7 ans, atteinte de maladie de Recklinghausen depuis la naissance et qui, depuis peu, développe une tumeur dans les régions pectorale et axillaire gauche qui fait penser à une mamelle supplémentaire.

Exérèse : tumeur conjonctive « comme on en trouve souvent au voisinage des névromes plexiformes ».

A. Touraine.

N. Tanner. — **Déformation osseuse associée avec une neurofibromatose disséminée** (Bone deformity associated with multiple neurofibromatosis). *Proceedings of the Royal Soc. of Medicine* (Clinical Section, 11 octobre 1946), t. **40**, nº 2, décembre 1946, pp. 47-49, 2 figures.

Femme de 36 ans, début de la lésion à la jambe à 4 ans, augmentation progressive. Ses 2 enfants, de 5 et 2 ans, ont une neurofibromatose. Nombreuses taches café au

lait et multiples nodules pédiculés sur tout le corps ; scoliose, bon état général, intelligence normale.

Sur les faces antérieure et extérieure de la jambe droite, très volumineuse masse sous-cutanée, depuis la rotule jusqu'à la cheville ; allongement et fort épaississement du tibia qui, à la radio, montre un élargissement du cortex, des zones de condensation et de raréfaction de la médullaire ; altérations beaucoup moins importantes du péroné. Exérèse de la masse sous-cutanée qui est encapsulée sauf sur le périoste des deux os et qui est formée de neuro-fibromes avec quelques aires myxomateuses.

Rappel de 7 cas de lésions osseuses par neurofibromatose du périoste, rapportés par Brooks et Lehman (*Surg. Gynec. Obstet.*, t. **38**, 1924, p. 587), quelquefois avec apparence de kystes osseux. [On est surpris que l'A. ne fasse aucune allusion à la coexistence, pourtant connue, des deux maladies de Recklinghausen, *An.*].

A. Touraine.

M. Lefranc et J. R. d'Eshougues — **Un cas de maladie de Recklinghausen.** *L'Algérie médicale*, n° 1, janvier-février 1946, p. 65.

♂, 65 ans, début à 45, évolution par poussées successives. Taches pigmentaires, nombreuses tumeurs ; pointillé brun, très fourni sur tout le corps. Pas de manifestation sur le système nerveux. Nerf cubital droit moniliforme.

A. Touraine.

Trygve Granrath. — **Un cas de neurofibromatose de Recklinghausen** (A cas of von Reclinghausen's Neurofibromatosis). *Act. Derm. Vener.*, vol. **26**, fasc. IV, mars 1946, pp. 321-328.

Aux lésions cutanées typiques et à la débilité mentale s'ajoutent ici une atrophie bilatérale du nerf optique avec réduction de l'acuité visuelle, diminution du champ, anisocorie, ptose de la paupière supérieure. Ces troubles de l'appareil optique ont conduit à un examen radiologique du crâne, qui montre une destruction de la selle turcique, et des déformations des vertèbres cervicales.

A l'occasion de ce cas, bonne revue générale des symptômes de l'affection. L'A. rappelle que les lésions osseuses sont rares (7 o/o), et il en discute la pathogénie.

A. Civatte.

R. Moreau, G. Boudin et O. Monod. — **Neurinome médiastinal du nerf phrénique gauche au cours d'une maladie de Recklinghausen. Ablation. Guérison.** *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 3e série, année **58**, nos 30, 31, 32, 33, 27 janvier 1943, pp. 434-435.

Femme de 45 ans atteinte de maladie de Recklinghausen à forme cutanée apparue à l'âge de 12 ans. Elle présente de nombreuses tumeurs papillomateuses réparties sur tout le corps, une volumineuse tumeur royale au-dessous de l'aisselle droite ainsi que de nombreux neurinomes et des taches pigmentaires. Il y a 10 ans, apparition de toux quinteuse, sans expectoration, avec gêne respiratoire à l'effort, à la fatigue, troubles de la voix. Une radiographie faite en décembre 1941 montre une volumineuse tumeur médiastinale comblant la moitié supéro-interne de l'hémithorax gauche.

L'état général de la malade est bon et l'intervention chirurgicale peut être faite avec succès. Cette volumineuse masse nerveuse du médiastin antérieur donne à l'examen histologique l'image d'un gliome périphérique. H. Rabeau.

G. Antonucci (Rome). — **Neurinome solitaire de la langue** (Neurinoma solitario della lingua). *Il Policlinico (sez. practica)*, t. **53**, n° 51, 23 décembre 1946, pp. 1195-1200, 2 figures.

Neuvième cas de la littérature; le premier est de 1923, le huitième de Pignatelli (1945).

♀, 18 ans, sans antécédents familiaux ; début à 14 ans sur la partie antérieure gauche de la langue, nodule dur, élastique, indolent, du volume d'une cerise, bien isolé dans une capsule conjonctive, formé de fibrilles en faisceaux parallèles. Après exérèse, récidive *in situ* en 6 semaines ; nouvelle exérèse sans rechute depuis 5 ans.

A. Touraine.

H. Mondor et L. Léger. — **Quelques aspects chirurgicaux de la neurofibromatose de Recklinghausen.** *Journal de Chirurgie*, t. **62**, n° 9-10, 1946, pp. 341-364, 8 figures. Pas de bibliographie.

1° Exérèse d'une tumeur royale : une observation de tumeur sacrée (schwannome) avec poussées congestives menstruelles ou émotionnelles.

2° Névromes périphériques : 2 observations (une du sciatique poplité externe, une du radial au pli du coude.

3° Hémorragie intratumorale : 7 cas de Jones et Hart, quelques autres rappelés.

4° Dégénérescence gliomateuse d'un ou plusieurs névromes : revue de la littérature.

5° Tumeurs diverses avec troubles mécaniques : de la bouche (Cabrol), du pharynx (Jones), de l'estomac (Leriche), de l'intestin (A. Mouchet, Banerjee, Wolff, etc.), de l'appendice (Steden), du mésentère (Jeanneney), du bassin (neurome du plexus sacré dans une observation personnelle), de la vessie (Gerhardt, Stedan, Heusch), du prépuce (Mac Donnell), du corpuscule carotidien (Jakovljevitch, une observation personnelle).

6° Elephantiasis (Ameline, etc.).

7° Atteintes du squelette (26 cas d'Adrian, étude de Schinz; etc.) : arrêt du développement d'un ou plusieurs os, vertèbre surnuméraire, hypertrophie, spina bifida, scoliose, cyphose, pseudarthroses, inflexions, etc.

8° Participation du système endocrinien; surrénales (Levin, Tucker, Jiano, etc.) (greffes).

A. Touraine.

20æ. — *Mycothérapie de la syphilis.*

S. Olansky et L. Putnam. — **Résultats des solutions sodiques de pénicilline cristallisée G, pénicilline cristallisée X et pénicillines commerciales sur les lésions syphilitiques à ultra-microscope positif** (The effect of the sodium salts of crystalline penicillin G, crystalline penicilline X, and commercial penicillins on darkfield positive lesions of syphilis). *The Journal of Venereal Disease Information*, t. **27**, n° 7, juillet 1946, pp. 178-180, 1 schéma.

Les A. ont recherché le temps mis par les tréponèmes pour disparaître à l'ultramicroscope après l'injection d'une seule dose de 50.000 U. de diverses pénicillines (examens faits toutes les 2 heures). 10 malades atteints de chancre ont servi pour l'étude de chaque pénicilline.

Pénicilline cristallisée G. — 6 disparitions des tréponèmes en 8 heures, 2 en 10 heures, 2 en 14 heures (moyenne : 9 h. 6); 3 réactions d'Herxheimer.

Pénicilline cristallisée X. — 2 disparitions en 14 heures (avec réactions d'Herxheimer), 8 persistances en 24 heures.

Pénicilline G du commerce. — 1 disparition en 12 heures, 4 en 14 heures, 5 en 16 heures.

Pénicilline du commerce (renfermant surtout de la G, avec 16 à 18 o/o de X). — 3 disparitions en 16 heures, 4 en 18 heures, 3 en 24 heures (moyenne 19,2).

Pénicilline du commerce (renferment 72 o/o de X). — 7 disparitions en 24 heures, 3 persistances.

La pénicilline G est donc nettement plus efficace que la X.

A. Touraine.

R. Coghill, A. Osterberg et G. Hazel. — **L'efficacité relative des pénicillines G, X et K pures** (The relative effectiveness of pure penicillin G, X and K). *Science*, **103**, 1946, p. 709.

Une injection intraveineuse est faite de 25.000 U. de chacune de ces pénicillines. Une teneur dans le sang d'un minimum de 0,03 unité par millimètre cube

est obtenue pendant 2 heures et 2 heures et demie avec la G, pendant 4 heures à 4 heures et demie avec la X, pendant 0,5 à 0,75 h. avec la K. Il s'élimine par les urines, pendant les deux premières heures, 83 o/o de la G, 78 o/o de la X et 28 o/o de la K. Il est probable que la K est rapidement détruite dans le corps et, par conséquent, inactivée. A. Touraine.

D. Pillsbury. — **Pénicillothérapie de la syphilis récente. Tenue en observation de 792 malades pendant 6 mois ou plus après le traitement** (Penicillin therapy of early syphilis. Follow-up examination of 792 patients 6 or more months after treatment). *The British Journal of Venereal Diseases*, **21**, décembre 1945, pp. 139-150.

Chez 792 syphilitiques récents il a été fait, après le traitement : à 2 et à 4 mois, une réaction de Kahn quantitatif; à 6 mois, un examen du liquide céphalo-rachidien, un Kahn et un examen clinique; à 9 et à 12 mois, un Kahn.

Une seule réaction toxique a été notée, réactions d'Herxheimer dans 25 à 50 o/o. Virage au positif d'une sérologie négative au moment du chancre dans 1,82 o/o.

6 mois après le traitement : sur 274 syphilis primaires séro-négatives, 98,18 o/o sont restées négatives. 87,8 o/o des syphilis primaires séro-positives sont devenues négatives. Sur 111 syphilis secondaires, 72,07 sont devenues négatives. « La pénicilline est inférieure au traitement arsenico-bismuthique pour compléter et maintenir la séro-négativité. » Sur 642 liquides céphalo-rachidiens, 3 seulement ont présenté de légères altérations.

Les conclusions de P. sont :

1° La pénicillothérapie de la syphilis récente est peu toxique;

2° Les malades sont rapidement rendus non-infectants;

3° Le nombre des rechutes est faible; celles-ci apparaissent en général en moins de 20 semaines;

4° Plus le diagnostic est précoce, plus l'efficacité d'une cure unique de pénicilline est grande;

5° La fréquence d'une évolution vers la neuro-syphilis est extrêmement faible, plus encore qu'après arsenic ou métaux lourds;

6° La pénicilline paraît être le meilleur médicament simple contre la syphilis; mais la codification d'un schéma de traitement ambulatoire aurait une grande importance pour en vulgariser l'emploi dans la pratique de clientèle.

A. Touraine.

A. G. Schoch et L. D. Alexander. — **Traitement de la syphilis récente par la pénicilline** (Treatment of early syphilis par la pénicilline). *The J. A. M. A.*, **130**, n° 11, 16 mars 1946, p. 696.

Les conclusions des auteurs sont les suivantes : la dose totale minima est de 2.400.000 U. en 7 jours 1/2 et injections intramusculaires toutes les 3 heures. On peut y associer 8 injections quotidiennes de mapharsen de 40 milligrammes, ou bien cinq injections de 0 gr. 20 de salicylate de Bi tous les 2 jours. Les auteur préfèrent le bismuth à l'arsénone.

Les malades ainsi traités devront être suivis cliniquement et sérologiquement pendant cinq ans. Des examens du liquide céphalo-rachidien seront pratiqués régulièrement pendant cette période. L. Golé.

A. Bersano-Begey (Turin). — **La pénicilline dans le traitement de la blennorragie et de la syphilis initiale** (La penicillina nella cura della blenorragia e della lue iniziale). *Gazzetta sanitaria*, 1946, n° 3, 6 pages, pas de bibliographie.

Après un court rappel des notions générales sur la pénicilline et un exposé de son traitement de la blennorragie, l'A. signale un échec [?] de traitement chez un syphilitique après une « cure intensive » de 900.000 U. et rapporte 2 observations de chancre, blanchies, l'une avec 700.000 U. en 4 jours (avec négativation du Meinicke et du Kahn), l'autre avec 500.000 U. en 3 jours.

A. Touraine.

S. Olansky et Ben D. Chinn. — **Etat actuel de la pénicillothérapie de la syphilis** (The present status of penicillin therapy of syphilis). *Medical Annals District of Columbia*, t. **15**, mai 1946, pp. 204-208.

Ce traitement est encore au stade expérimental. Il paraît être le plus efficace et le plus rapide; auparavant, 15 à 20 o/o des syphilitiques suivaient complètement leur traitement, cette proportion s'élève aujourd'hui à près de 100.

Il n'existe pas encore de schéma définitif, mais il est évident qu'il faut au moins 3 à 4 millions d'U. en syphilis récente et 6 à 10 millions en neuro-syphilis (donc 14 à 20 jours).

La pénicilline-retard a la même efficacité que la pénicilline sodique en syphilis primo-secondaire. Le traitement buccal reste à déconseiller. Sur 149 syphilitiques enceintes, une seule a eu un enfant syphilitique, mais son traitement n'avait commencé que 2 semaines avant l'accouchement; toutes avaient reçu au moins 2.400.000 U.

Les incidents sont : réaction d'Herxheimer, allergie vis-à-vis des mycoses, abcès stériles après injections superficielles, légère fièvre continue (probablement par impuretés). Rappel des syphilis masquées par le traitement d'une blennorragie associée. A. Touraine.

Comittee on Medical Research and the United States Public Health Service. — **Le traitement de la syphilis récente par la pénicilline** (The treatment of early syphilis with penicillin). *The J. A. M. A.*, **131**, n° 4, 25 mai 1946, pp. 265-271.

Statistique générale portant sur les 11.589 cas traités sous le contrôle de ce Comité du 1er septembre 1943 au 1er août 1945 et dont les conclusions ont déjà été rapportées au cours des différentes analyses. Les doses totales employées pendant cette période ont été variables et n'ont pas dépassé 2.400.000 U.

L. Golé.

M. Pautrier. — **La pénicilline dans le traitement de la syphilis**. *Journée vénér. de Namur*, 28 juillet 1946, *in Bruxelles-Médical*, n° 23, 8 septembre 1946, p. 1052.

Rappel du traitement classique de la syphilis par la pénicilline (action comparable à nos médicaments usuels, possibilité de récidives cliniques et sérologiques). Le traitement de Wile (3 piqûres de bismuth, 5 piqûres de mapharsen, 1.200.000 U. O. de pénicilline, hospitalisation de 12 jours) donne des résultats très supérieurs mais entraîne un choc thérapeutique intense.

P. préfère l'association pénicilline-bismuth. L. Golé.

A. Tzanck, E. Sidi et R. Moline. — **Contribution à l'étude du traitement de la syphilis par la pénicilline**. *Gazette médicale de France*, t. **53**, n° 16, 2e n° d'août 1946, pp. 451-453.

Les auteurs rapportent les résultats obtenus dans leur service de Saint-Louis par le traitement d'assaut par la pénicilline; dose standard : en 8 jours 2.400.000 à 2.600.000 U. par injections faites jour et nuit toutes les trois heures par voie intramusculaire; association systématique d'un traitement bismuthique classique.

Essais portant principalement sur cas particuliers peu favorables pour le traitement arsénobismuthique : femmes enceintes, débilités, tarés, intolérants à arsenic ou bismuth, syphilis arséno ou bismutho-résistantes, syphilis anciennes mal traitées tertiaires ou même tabès (résumé de quelques observations jointes à l'article).

Résultats presque tous satisfaisants : tolérance parfaite, disparition rapide du tréponème des lésions, cicatrisation du chancre et des accidents secondaires en général aussi rapide qu'avec As ou Bi cependant quelques irrégularités; action supérieure à celle de l'As sur les syphilides palmaires et lichénoïdes; négativation des Bordet-Wassermann aussi rapide que par l'As mais nécessité pour la maintenir

d'un traitement d'entretien par le Bi; action peu nette sur les Bordet-Wassermann irréductibles; légère amélioration du liquide céphalo-rachidien dans les syphilis nerveuses tardives; bons résultats sans accidents dans la syphilis des femmes enceintes qui est pour les auteurs « une indication majeure du traitement par la pénicilline »; bons résultats enfin dans les syphilis arséno et bismutho-résistantes.

Deux ombres pour les auteurs au bilan de la pénicilline : son emploi dans la blennorragie risque de décapiter une syphilis contractée simultanément et qui passera inaperçue (micro-chancre, retard du virage de la sérologie); son emploi ne réalise pas la « therapia sterilisans magna » et ne dispense pas du traitement d'entretien. MAURICE GUÉNIOT.

R. KOCH (San Francisco). — **Traitement intensif ambulatoire de la syphilis par la pénicilline calcique dans l'huile-cire** (Ambulatory intensive treatment of syphilis with calcium penicillin in oil and wax). *The Urologic and Cutaneous Review*, **50**, n° 8, août 1946, pp. 461-465, 4 tableaux. Bibliographie.

Après une revue des méthodes de pénicillothérapie ambulatoire (Parkins, dans une gélatine colloïdale; Jones dans l'huile de pistache; Zinnamon dans l'huile de sésame; Bohls dans l'alumine, etc.), K. signale ses propres recherches sur 124 syphilitiques traités, pendant 10 jours, par deux injections quotidiennes (matin et soir) de 150.000 U. chacune de pénicilline dans 5 centimètres d'huile de pistache. 98 malades ont achevé leur décade de traitement. Les réactions sérologiques sont devenues négatives 11 fois en moins de 3 mois, 16 fois en 3 à 6 mois (dont 3 rechutes), 6 fois en 6 à 9 mois (dont 1 rechute), 3 fois en plus de 9 mois.

Il est donc préférable d'associer l'arsenic et le bismuth à la pénicilline.

A. TOURAINE.

GANDIN. — **Modalités du traitement de la syphilis récente par la pénicilline et contrôle au titre sérologique.** *Revue de Médecine navale*, **1**, n° 1, 1946, pp. 25-37. Bibliographie.

20 cas ont été traités et suivis pendant 6 à 24 mois; la dose a varié entre 1.200.000 et 2.400.000 U. (4 observations rapportées).

11 réactions d'Herxheimer, en général entre 38° et 39°

Disparition des tréponèmes 12 fois sur 13 en 16 heures, 1 fois en 22 heures.

Cicatrisation des chancres en 3 à 7 jours.

15 o/o de rechutes sérologiques pour les syphilis primaires et 43 o/o pour les syphilis secondaires, en moins de 3 mois.

« La pénicilline peut être utilisée comme traitement d'attaque à la place du novarsénobenzol assez dangereux. » A. TOURAINE.

J. GATÉ et J. PELLERAT. — **La pénicilline dans le traitement de la syphilis et de la blennorragie.** *Journal de Médecine de Lyon*, année **27**, n° 639, 20 août 1946, pp. 585-593.

Les A. rapportent : 1° Cinq observations de syphilis récentes traitées par une dose totale de 3.200.000 U. administrée en dix jours, la dose quotidienne était répartie en 8 injections de 40.000 U. toutes les trois heures : blanchiment rapide des lésions syphilitiques, action lente sur la sérologie; 2° Quatre observations de syphilis sérologiques chimio-résistantes : action médiocre d'une seule cure de pénicilline.

Très prudents dans leurs conclusions, les A. attendent une plus grande expérimentation et le recul du temps. JEAN LACASSAGNE.

Le Gérant : G. MASSON.

DÉPÔT LÉGAL : 1947. 3e TRIMESTRE, N° D'ORDRE 533. MASSON ET Cie, ÉDITEURS. PARIS.
BARNÉOUD FRÈRES ET Cie, IMPRIMEURS (31.0566). LAVAL. N° 742. — 9-1947.

JOURNÉES DERMATOLOGIQUES DE MONTPELLIER

24-25 MAI 1947

SOUS LA PRÉSIDENCE DE

M. LE PROFESSEUR J. MARGAROT

PREMIÈRE QUESTION :

LES PYODERMITES VÉGÉTANTES

Rapporteur : M. J. MARGAROT (Montpellier).

DEUXIÈME QUESTION :

LA SYPHILIS VÉGÉTANTE

Rapporteur : M. P. RIMBAUD (Montpellier).

TROISIÈME QUESTION :

BILAN DES TRAITEMENTS ANTISYPHILITIQUES ACTUELS

Rapporteurs : PÉNICILLINE, M. A. TZANCK (Paris).
BISMUTH, MM. J. GATÉ, P. CUILLERET (Lyon).
ARSENIC, M. G. GARNIER (Paris).
MERCURE, M. J. RAVOIRE (Montpellier).

SOMMAIRE

Communications :

Allocution de M. J. MARGAROT

La journée que nous avons essayé d'organiser est un effort pour retrouver nos Réunions d'autrefois dont le souvenir compte parmi les meilleurs de notre vie dermatologique.

D'aucuns trouveront peut-être que c'est un peu tôt et que les circonstances ne sont guère favorables. L'expérience méritait cependant d'être faite, ne serait-ce que comme une tentative d'évasion. Vous êtes venus très nombreux donner raison à mon optimisme, mais ce que j'ai pu faire auprès de vous je n'ai pu le réaliser en ce qui concerne la situation générale, et cette journée s'ouvre dans une ère de restrictions aggravées; le papier nous est parcimonieusement mesuré; nos rapports et nos communications seront un peu trop sommaires à notre gré. Le compte rendu des discussions devra être abrégé. Par surcroît, le peu de temps dont nous disposons pour un programme très chargé ne nous permet pas de compléter par des développements oraux nos textes élagués. C'est une nécessité pour tous d'être brefs. Ayant le dangereux privilège de parler le premier, je constate avec stupeur que, pour me conformer à cette règle, je suis obligé de vous souhaiter la bienvenue en aussi peu de mots que possible sans essayer de traduire l'émotion que j'éprouve de voir réunis aujourd'hui, je puis le dire avec fierté, toute la Dermatologie française, à laquelle a bien voulu se joindre un Maître éminent de la Tchécoslovaquie.

La maladie ou des empêchements de la dernière heure ont malheureusement retenu loin de nous plusieurs de nos Collègues.

Je dois vous présenter les regrets du Dr Cavaillon actuellement à Varsovie, du Pr Photinos d'Athènes, du Pr Halty de Montevideo, du Pr Nicolas de Lyon, du Pr Sézary de Paris, du Pr Petges de Bordeaux, du Pr Favre de Lyon, du Pr Pautrier de Strasbourg, du Président de notre Société le Dr Flandin, du Pr Huriez de Lille, du Dr Fernet, du Dr Lévy-Bing, du Dr Rabut, du Dr Deseaux, du Dr Blum, du Dr Lefèvre, du Dr Hy, du Dr Thiers, du Dr Thibaut, du Dr Diss...

J'aurais été heureux de vous lire leurs lettres pour vivre quelques minutes avec eux et nous donner l'illusion de leur présence. Le peu de temps dont nous disposons ne me le permet pas et cela vaut peut-être mieux ainsi, car elles sont toutes beaucoup trop flatteuses pour ma modeste initiative. Permettez-moi de leur adresser l'expression émue de mes sentiments profondément attachés en leur manifestant tous les regrets que nous cause leur absence.

Je dois dire aussi ma reconnaissance à tous ceux qui ont bien voulu honorer notre Réunion en faisant un long voyage dans des conditions parfois difficiles.

Je suis particulièrement flatté d'accueillir les dermatologistes de grande classe que sont : le Pr Gawalowski de Prague, qui m'a fait le très grand honneur de modifier l'itinéraire de son voyage pour venir à Montpellier, le Pr Gougerot de Paris, qui tient si haut le drapeau de l'École Saint-Louis, le Dr Touraine, dont l'inlassable activité enrichit tous les jours la dermatologie française, le Pr Gastinel, président de la Société de dermatologie dont l'œuvre bactériologique apporte de si utiles précisions dans le chaos des dermatoses, le Dr Civatte, dont les conclusions font autorité en matière d'anatomie pathologique, le Dr Clément Simon qui a, pendant longtemps, pris une si large part à la vie des *Annales* et joué un rôle si important dans la venue au monde de la *Nouvelle Pratique dermatologique*, le Dr Tzanck, de Paris, qui a une vision si claire des sommets de la philosophie et de la biologie bien qu'il se soit fait l'apôtre de l'*Intolérance*, le Pr Nanta, de Toulouse, le Pr Gaté, de Lyon, le Pr Watrin, de Nancy, le Pr Joulia, de Bordeaux, le Dr Payenneville, de Rouen, le Pr Degos, de Paris, le Pr Vigne, de Marseille, le Pr Lecoulant, de Bordeaux, le Pr Boutelier, le Pr Charpy, de Dijon, le Dr Durand, de Châlon-sur-Saône, le Dr de Grazianski, de Paris, le Pr Gadrat de Toulouse, le Dr Garnier, de Paris, le Dr Vernier, de Versailles, le Dr Bazex de Toulouse, le Dr Cuilleret, de Lyon, le Dr Durel, le Dr Delort, le Dr Girard, le Dr Rousset, le Dr Petges, le

Dr Lebeuf. Je m'arrête à regret, car c'est la liste entière des Congressistes dont je devrais donner lecture.

A tous je souhaite la plus cordiale bienvenue en présentant aux dames, qui ont bien voulu les accompagner, l'hommage respectueux de la douce émotion que j'éprouve en songeant que si elles n'étaient pas là cette veille de la Pentecôte ne serait pas une Journée de Printemps.

Permettez-moi un mot encore, pour exprimer toute ma gratitude à ceux dont le concours m'a permis d'aboutir. C'est grâce au Comité de la Société de dermatologie et plus particulièrement à son Secrétaire général, le Pr Degos, qui ne craint pas de mettre ses brillantes qualités au service de besognes infimes, que j'ai pu mener à bonne fin l'organisation générale de la Réunion.

J'ai trouvé les facilités les plus grandes auprès de l'Administration des Hospices et de son Président, le Pr Boulet, maire de Montpellier, membre de l'Assemblée Nationale, du Dr Scherb, directeur régional de la Santé, du Pr Terracol, Vice-Président de la Commission administrative des Hospices, du Directeur des Hospices, de l'Économe à qui j'ai donné bien du travail. Je dois également des remerciements à Mme la Sœur Supérieure, aux Sœurs du service ainsi qu'à la Communauté tout entière, et enfin à tous mes collaborateurs immédiats, le Pr Pierre Rimbaud, qui n'a cessé de se débattre dans des difficultés matérielles que l'on pouvait croire insurmontables, au Dr Ravoire, au Dr Vallat, à Mlle Girard, Assistante Sociale en Chef, ainsi qu'à tout le personnel infirmier et je n'oublie pas le dévouement de notre Secrétaire, Mme Raynaud qui a assumé la tâche particulièrement délicate de transcrire les textes et de mettre de l'ordre dans les programmes.

Et maintenant au travail ! J'invite le Pr Gawalowski à venir présider la première Séance.

PREMIÈRE QUESTION : LES PYODERMITES VEGÉTANTES

Le problème nosographique des pyodermites végétantes,

Par M. J. MARGAROT (Montpellier)

L'expression de pyodermite végétante a été, semble-t-il, employée pour la première fois par Ledermann, en 1904, et reprise par Gaucher, en 1905, pour désigner une affection, décrite par Hallopeau, en 1889, sous le nom de « dermite pustuleuse chronique en foyers à progression excentrique », dont Feulard avait observé un deuxième cas peu de temps après, et dont l'histoire ne laissait pas d'être déjà assez singulière.

Hallopeau, en effet, après avoir admis l'autonomie du syndrome qu'il avait fait connaître, s'était rallié à l'opinion formulée par Hudelo et Wickham en 1891, et bientôt partagée par Brocq, Leredde, Danlos, qui le considéraient comme une forme de la dermatite polymorphe de Duhring-Brocq ou du pemphigus végétant de Neumann.

Gaucher le séparait nettement de ces affections et en faisant une maladie nouvelle à laquelle il attachait le nom de Hallopeau.

La dénomination de pyodermite végétante, sous sa forme première ou avec des variantes, a bientôt servi à caractériser des dermatoses multiples plus ou moins nettement apparentées à la précédente.

En 1908, Azua appelle pyodermite chronique végétante papillomateuse un syndrome anatomo-clinique qu'il avait individualisé, en 1903, sous le nom de pseudo-épithélioma et dont le premier exemple avait été considéré par lui, en 1894, « comme un épithélioma cutané végétant pseudo-inflammatoire ».

Bosellini fait connaître, en 1905, ce qu'il appelle la « dermatose verruqueuse de la main ». Gougerot étudie, en 1912, les affections tuberculoïdes dues à des bactéries pyogènes et fixe un peu plus tard les caractères de « la dermo-épidermite pustuleuse érythémato-squameuse nummulaire et en placards à progression centrifuge » dont il devait bientôt reprendre l'étude dans le cadre des pyodermites simulant la tuberculose verruqueuse. Tschernogubow (1925) décrit une folliculite suppurée aboutissant à un placard végétatif érosif. Hoffmann apporte 5 cas de pyodermite végétante apparentés à l'acné conglobée. Zurhelle et Klein, en 1926, publient 8 observations sous la rubrique : « pyodermites chroniques végétantes et ulcéreuses avec progression serpigineuse et cicatrices planes superficielles ». Des faits analogues sont signalés par Kumer, Ferguson Smith, en 1929, et par Broers en 1930.

Entre temps une communication longuement discutée de Jacques Peyri au IIIe Congrès des dermatologistes de langue française, tenu à Bruxelles en 1926, donne comme pivot aux pyodermites végétantes la description d'Azua. Mais ni lui, ni les auteurs allemands, qui publient des faits analogues sous des noms divers, ne parlent de la maladie de Hallopeau.

Un article de Milian, paru en 1927 dans la *Revue française de dermatologie*, et la *thèse* de Lotte, en 1928, la font revivre. Elle trouve sa place dans un cadre sans cesse élargi. Les observations se font plus nombreuses mais leurs auteurs ignorent trop souvent les publications antérieures ou les interprètent d'une façon inexacte.

La nécessité d'une délimitation anatomo-clinique et étiologique se pose en présence d'un morcellement descriptif qui attache le nom de plusieurs auteurs à des formes souvent très voisines. Elle ne semble pas satisfaite par des tentatives de synthèse qui, réunissant des manifestations disparates, risquent d'aggraver la confusion.

En 1931, Hudelo et Rabut apportent une première clarification et consacrent une importante étude aux pyodermites végétantes chroniques du type végétant et ulcéreux.

Nanta et Bazex proposent en 1937 une classification qui élargit le cadre des pyodermites végétantes en y faisant entrer l'acné conglobée et la *perifolliculitis abcedens* et *suffodiens* de Hoffmann. Ils y ajoutent une forme d'évolution aiguë.

Tachau distingue les pyodermites végétantes de siège folliculaire et celles qui ne sont pas folliculaires. Dans le second groupe figurerait la maladie de Hallopeau à côté de laquelle Gay Prieto fait place à la pyodermite végétante d'Azua. Pour Gay Prieto toutes les formes décrites comme autant d'entités morbides différentes ne sont que des variétés d'une seule et même affection allant de l'acné conglobée de Lang et Spitzer à la pyodermite ulcéreuse et serpigineuse de Zurhelle et Klein. Il est permis de supposer qu'une même cause générale règle l'évolution des lésions inflammatoires vers une morphologie papillomateuse, mais elle est loin d'être mise en évidence. Une étude attentive des descriptions données par les différents auteurs ne permet, à notre avis, ni la réduction des divers types à une seule affection, ni un démembrement excessif accordant l'individualité aux nombreuses formes décrites.

L'analyse de cas personnels, rapprochée des publications antérieures, nous paraît justifier l'existence de deux types essentiels auxquels semble convenir la qualification de pyodermite végétante chronique *à l'exclusion de tout autre*. L'un, fait de lésions multiples, disséminées, d'évolution continue, a pour pivot la maladie de Hallopeau. L'autre, locale, comportant le plus souvent un foyer unique de végétations peu extensives, réunit les formes décrites par Azua, Bosellini, Gougerot, Zurhelle et Klein, etc....

I. — La Pyodermite Végétante de Hallopeau

Le début se fait par des pustules de siège folliculaire qui se propagent de proche en proche par inoculation de voisinage. A la période d'état on voit des placards ou des nappes d'étendue variable, de contours irréguliers ou polycycliques. La

surface est occupée par des granulations rouges peu saillantes, suintantes, recouvertes de croûtes. La pression des plaques fait sourdre des gouttelettes de pus, comme celles que l'on observe en serrant entre les doigts un kérion trichophytique. A la périphérie du placard on voit des éléments folliculaires jeunes, identiques aux pustules initiales par lesquelles le processus gagne en surface.

Le siège habituel des lésions se trouve sur les surfaces pileuses (région inguinopubienne, aisselles, cuir chevelu, accessoirement les membres et la face). Les muqueuses peuvent être atteintes.

L'évolution est chronique et se caractérise par une extension progressive excentrique de chaque élément et par l'apparition incessante de nouveaux foyers. La guérison de certaines plaques peut se faire en laissant une cicatrice pigmentaire, mais les foyers éteints peuvent se rallumer. Dans quelques cas, le centre d'une plaque se cicatrise et parfois même présente un caractère un peu atrophique, cependant que les lésions continuent à s'étendre.

Les ganglions sont atteints d'une façon inconstante. Dans quelques cas se trouve signalée la formation d'abcès sous-cutanés pouvant provoquer de vastes décollements.

L'état général est ordinairement peu modifié. L'affection se montre rebelle à tous les traitements.

Histologiquement les lésions se limitent en général à l'épiderme et à la couche papillaire du derme. Il s'agit essentiellement d'une papillomatose. Certains auteurs ont trouvé des éosinophiles, mais ils sont habituellement peu nombreux ou font défaut.

Hudelo et Rabut remarquent que cette description est, à peu de chose près, celle de la *dermatite frambœsiforme de Samberger* bien que ce dermatologiste ait écarté le diagnostic de maladie de Hallopeau sous le prétexte que celle-ci, ne serait de l'aveu de son auteur, qu'une forme du pemphigus de Neumann.

La dermatite staphylogène végétante de Arton et la dermatite végétante à petites pustules de Fischl entrent vraisemblablement dans le même cadre, bien que cette dernière ait été rattachée par cet auteur au pemphigus végétant.

L'observation publiée en 1926 par Milian à la *Société de Dermatologie* se rapporte incontestablement à la maladie de Hallopeau.

Le malade, présenté le 21 novembre 1929, par Gaté et Giraud à la filiale lyonnaise de la Société de dermatologie paraît entrer dans le même groupe de faits si l'on en juge par la lenteur de l'évolution, par sa chronicité, par sa progression centrifuge avec ensemencement de proche en proche et tendance à la guérison centrale, par sa résistance aux traitements antiseptiques habituels. Il s'agit cependant d'une forme « faiblement végétante et n'ayant donné lieu qu'à des lésions rapidement fixées des deux membres inférieurs ».

C'est vraisemblablement encore une pyodermite végétante du type Hallopeau que décrit Walheuser chez un sujet dont les lésions, après avoir envahi tout le dos, avaient une tendance à la cicatrisation centrale.

L'observation de Gadrat trouve place à côté des précédentes : la pyodermite végétante débute sur la main droite à la suite d'une morsure de chien. Elle donne lieu à des lésions disséminées intéressant non seulement diverses régions pileuses du corps mais la muqueuse buccale qui est presque entièrement recouverte de placards végétants.

Au même type semble appartenir le cas de pyodermite ulcéreuse et végétante publiée par A. Sézary et G. Mauric à la Société de Dermatologie en 1931 : 27 foyers disséminés sur le cou, les aisselles, le dos, les fesses, la paroi abdominale, les cuisses, la jambe droite, rappellent un peu le lupus éruptif à foyers multiples. Les lésions ulcéro-végétantes revêtent l'aspect de nids d'abeilles. Leur chronicité, leur résistance à toutes les tentatives thérapeutiques justifient pleinement le diagnostic. La diffusion d'une atteinte s'étendant au périnée et aux régions axillaires dans le cas de Robert paraît également caractéristique.

On peut ranger dans le même cadre l'observation de Weiller d'une pyodermite polymorphe disséminée en nappes.

Dans le cas de Watrin (1934), malgré l'extension des lésions de la main aux pieds, à la muqueuse buccale et aux grandes lèvres, leur limitation relative et leur régression sous l'influence des antiseptiques appellent quelques réserves. L'hypothèse de pyodermite végétante du type Hallopeau reste cependant celle qui satisfait le mieux l'esprit.

Dans tous ces cas comme dans l'observation princeps la multiplicité des placards végétants, leur apparition simultanée dans diverses régions les rapprochent des dermatites végétantes éruptives avec lesquelles on n'a pas manqué de les identifier.

L'autonomie de la pyodermite végétante de Hallopeau a été discutée.

J. Bejarano, J. Gomez et Orbeaneja se rangent à l'opinion qui en fait un psoriasis pustuleux végétant. Il est cependant difficile de voir dans l'intensité de l'acanthose et de la papillomatose et dans les micro-abcès du psoriasis l'ébauche, même lointaine, de végétations véritables.

Sainz de Aja, se basant sur deux cas de pyodermite végétante de Hallopeau qu'il suit depuis 20 ans, la considère comme une maladie de Duhring végétante. Le peu d'importance habituel des phénomènes subjectifs, l'absence ou le peu d'abondance de l'éosinophilie, l'atteinte souvent élective des régions pileuses, son début par une folliculite suppurée, paraissent cependant la séparer nettement de cette affection.

Son incurabilité, son caractère extensif et migrateur l'apparentent au pemphigus végétant de Neumann que beaucoup d'auteurs, et non des moindres, ont cru reconnaître dans la description de Hallopeau. Toutefois, contrairement à ce que l'on observe dans la maladie de Hallopeau, l'état général est habituellement très atteint dans le pemphigus végétant. Ce dernier siège dans les plis plutôt que dans les régions pileuses. L'affection s'accompagne d'une éosinophilie énorme alors que celle-ci, dans les pyodermites végétantes est variable et en général peu importante quand elle existe. Des bulles ou une collerette bulleuse initiale du type pemphigus (intra-épithéliale) marquent le contour des plaques.

Dans la pyodermite végétante de Hallopeau les lésions, d'après Milian et Lotte, auraient toujours pour origine une suppuration folliculaire et non une bulle. « Le fait capital, constaté sur les coupes, est en effet la présence de staphylopustules péripilaires avec petits *abcès miliaires intra-épidermiques* sous-jacents..., les lésions sont purement épidermiques. La barrière du derme n'est jamais franchie » (Lotte). Pour Sabouraud, la pyodermite végétante est somme toute un sycosis.

Dans l'état actuel de nos connaissances, les faits groupés autour de la description princeps de Hallopeau ne répondent peut-être pas à une affection déterminée, mais ils présentent des caractères cliniques communs suffisamment précis pour conférer au syndrome une réelle individualité clinique. Il s'agit essentiellement d'une pyodermite végétante à foyers multiples et disséminés, à évolution continue et à progression excentrique, de siège habituellement folliculaire, résistant aux traitements, de durée pratiquement indéfinie et n'affectant cependant que peu ou pas du tout l'état général.

II. — Les Pyodermites Végétantes Régionales

Nettement opposées à ce premier type, se trouvent les formes régionales, dont le premier exemple a été apporté par Azua et qui comportent un foyer unique ou un petit nombre d'îlots végétants remarquables par leur fixité, par leur lenteur évolutive, par leur ressemblance avec des processus végétants spécifiques tels que l'épithélioma ou la tuberculose verruqueuse, par leur curabilité sous l'influence de traitements antiseptiques habituels. Elles répondent avec quelques variantes cliniques aux formes décrites par Azua, Bosellini, Gougerot, Peyri.

Les lésions peuvent apparaître en tous les points du revêtement cutané mais leur *localisation élective est la face dorsale des mains*, des poignets, de l'extrémité inférieure de l'avant-bras ou, plus rarement, des pieds.

Peyri, Ramel, Ravaut, Bosellini, Kumer, Lévi signalent la face dorsale de la main comme le siège exclusif des lésions dans la plupart des cas. C'est sur le dos de la main que sont localisées les végétations observées par Hoffmann dans 5 cas ainsi que dans l'observation de Milian relative à une « pyodermite papillomateuse et verruqueuse traumatique à staphylocoque » (1926). Ce siège est également celui des lésions verruqueuses, décrites par Gougerot et qui simulent la tuberculose, bien que dues à des pyogènes banaux. Des deux malades, dont Rabut apporte l'histoire en 1936, l'un présentait des excroissances papillomato-verruqueuses du dos de la main gauche, l'autre une lésion analogue du bord cubital du poignet gauche.

Les plaques végétantes occupent l'avant-bras dans le cas étudié en 1936 par Gaté et Chanial sous le nom de pyodermite végétante banale à type de papillomatose sèche et extensive ainsi que dans l'observation de L. Ferrabouc, J. Broussy et G. Decaute (1940).

Chez un malade de Gay Prieto, Bernardo Lopez et L. de Azua, c'est sur l'extrémité de l'index que l'on voit les ulcérations végétantes (1941).

Dans 15 cas, que nous apportons à la réunion de ce jour, le siège se trouvait sur le dos de la main 9 fois, 1 fois sur la paume, 4 sur les poignets ou sur l'avant-bras, 1 fois sur la joue.

Beaucoup plus rarement, on peut observer les plaques sur les membres inférieurs (Gaté, Durand et Bonnet, Weille) sur la nuque (Nicolas et Roussel, 1937), sur les cuisses (Azua), sur les pieds (Peyri).

L'atteinte des muqueuses est signalée par quelques auteurs. Quatre observations de Gougerot en précisent les caractères. Il s'agit de lésions buccales revêtant soit la forme de larges nappes papuleuses végétantes, plates dans l'ensemble, à bords polycycliques et simulant le cancer, soit d'un placard formé de granulations serrées, rouge-orangées, légèrement translucides à la vitro-pression et faisant penser à un lupus végétant, soit d'une lésion exulcéreuse et papuleuse en pastille, simulant un chancre syphilitique, soit d'un placard bourgeonnant évoquant l'actynomycose.

Il s'agit habituellement d'un *foyer unique*. Il est rare d'observer plusieurs localisations chez un même malade ; dans ce cas, celles-ci sont en nombre très réduit (deux ou trois au maximum) et souvent voisines les unes des autres.

Dans les formes cutanées le début se fait spontanément ou après un minime traumatisme. Il se marque par l'apparition d'une pustule qui répond suivant les cas au type de l'impétigo-streptococcique de Tilbury-Fox ou à la pustule ostio-folliculaire de Bockhardt. Plus rarement on observe des élevures furonculoïdes ou des furoncles authentiques. On peut, au début, noter une poussée de lymphangite dans la région correspondante.

Les végétations apparaissent au bout de quelques jours mais n'ont guère leur aspect définitif qu'au bout de 3 ou 4 semaines. Ce sont, suivant les cas, des excroissances humides, des saillies villeuses, recouvertes de croûtes, des soulèvements verruqueux.

Les lésions originelles laissent parfois leur trace sous la forme d'une collerette épidermique évoquant la rupture d'une bulle, soit de soulèvements papulo-pustuleux sur la bordure.

L'évolution, torpide et prolongée, peut conduire à une cicatrisation spontanée, en général partielle, d'où la réalisation de formes atropho-végétantes (Nanta et Basex).

Un examen histologique fait apparaître des lésions dermo-épidermiques. Le corps muqueux prolifère, des bourgeons interpapillaires (acanthose) donnent naissance à des boyaux épithéliaux qui s'enfoncent dans le derme et paraissent indépendants des follicules pileux. Cette *papillomatose*, poussée à l'extrême, peut simuler un épithélioma. Il existe même parfois des globes épidermiques. La couche cornée est fréquemment hypertrophiée (hyperkératose) d'où l'aspect verruqueux signalé chez de nombreux malades. Parfois on note quelques cellules dyskératosiques. Il est enfin fréquent d'observer des micro-abcès intra-épidermiques.

Le *derme* présente des caractères inflammatoires nets. Il est envahi par des îlots ou des nappes de cellules inflammatoires très diverses, localisées autour des vaisseaux ou infiltrant toute la couche superficielle. Ces éléments sont, selon les cas,

et selon les endroits examinés, de trois types : infiltrats plasmocytaires, les plus fréquents, infiltrats lympho-histiocytaires et infilrats à pyocytes. On rencontre souvent quelques nappes de globules rouges extravasés en rapport avec de petites hémorragies. Un caractère négatif très important est l'absence de toute formation folliculaire ou giganto-cellulaire : il n'existe pas d'inflammation spécifique. Cependant dans un de nos cas, on notait quelques cellules géantes, du type cellules à corps étrangers, bien différentes des cellules de Langhans.

L'aspect des lésions anatomo-cliniques varie suivant les cas et l'on comprend que des formes très diverses aient été décrites. Les principales sont la forme commune papillaire, la forme pseudo-épithéliomateuse (type Azua) et les formes qui simulent la tuberculose verruqueuse, type Bosellini-Gougerot.

I. — Forme commune

La forme papillaire suppurée est la plus fréquente. Elle s'accompagne de suppuration et d'ulcérations.

Assez souvent, la peau présente macroscopiquement un aspect miné, facile à mettre en évidence par l'introduction d'une sonde. Dans ces cas, l'examen histologique montre une disposition particulière des digitations épidermiques déjà signalée par Nanta et Basex et que nous avons retrouvée avec Rimbaud et Guibert. Elles « s'étendent vers la profondeur et forment en s'anastomosant des boyaux intra-dermiques remplis de pus ». Ferguson Smith signale que la rupture de l'une de ces digitations épidermiques à l'intérieur du derme entraîne un processus infectieux profond qui donne lieu à une saillie phlegmoneuse, douloureuse, avec rougeur périphérique, traînées de lymphangite, adénopathies de caractère inflammatoire.

Sur les frontières de ce groupe on trouve des cas, comme la huitième observation de Zurhelle et Klein, dans lesquels les végétations, moins humides et plus molles, réalisent des formes intermédiaires qui conduisent aux folliculites agminées torpides, décrites par Gougerot, simulant la tuberculose ulcéro-fongueuse et aux types dont les lésions plus végétantes qu'ulcéreuses évoquent le cancer.

D'autres formes, plus érosives qu'ulcéreuses, semblent établir une transition avec les formes verruqueuses. Telles seraient les pyodermites végétantes de Hudelo et Rabut, et le syndrome étudié en 1923 par Hoffmann sous le nom de « pyodermite chronique papillaire exulcéreuse » et mis au point par le travail de Zurhelle et Klein paru en 1926 sous le titre « pyodermites chroniques végétantes ulcéreuses avec progression serpigineuse et cicatrisation plane superficielle ».

On peut grouper autour de ce type principal les cas analogues décrits par Tchernogouboff, Kumer (les sept derniers cas de son travail) par Ferguson Smith (périphérie très dure avec centre granulo-érosif) par Broers, ainsi que les pyodermites végétantes et papillomateuses d'Azua et la forme verruqueuse de Peyri.

II. — Pseudo-Épithélioma d'Azua

Des végétations hautes et saignantes réalisent l'aspect d'un cancer épithélial. Dans quelques cas, l'éversion des bords, la profondeur des ulcérations, l'odeur nauséabonde, l'adénopathie risquent d'aggraver la confusion. Les récidives après extirpation (Azua) sont encore plus troublantes.

Des faits comparables à ceux d'Azua ont été signalés par Peyri, Gougerot, Tzanck, Rabeau, Dusoin et Bonnet, Gay Prieto, B. Lopez et L. de Azua, Touraine. Dans un cas de Malherbe, de Nantes, l'hésitation était grande et le diagnostic, n'a été fait que par la disparition en quelques mois du pseudo-épithélioma. Dans trois de nos observations la ressemblance avec un cancer est assez nette, sans toutefois que la confusion puisse être commise.

Histologiquement la confusion est aggravée par l'importance de l'acanthose, de la papillomatose, des prolongements interpapillaires, par la présence de globes cornés et même parfois par des proliférations paraissant évoluer vers l'épithélioma.

III. — Pyodermite verruqueuse

Dans cette forme la suppuration est peu appréciable. L'hyperkératose domine. Ce type répond plus spécialement à la forme décrite par Bosellini sous le nom de dermatite verrucoïde circonscrite des mains. Nous devons surtout sa connaissance aux travaux de Gougerot, qui, après en avoir publié une première observation avec Gaucher et Dubosc à la Société de dermatologie du 24 avril 1911, a présenté au VIIe Congrès international de dermatologie et de syphiligraphie de Rome (avril 1912) un travail d'ensemble sur les affections tuberculoïdes dues à des bactéries pyogènes. Il s'agit essentiellement d'impétigos qui montrent rapidement sous leurs croûtes « une surface humide, rosée, grenue, légèrement surélevée, souvent déjà villeuse et bientôt végétante. La lésion se dessèche et devient verruqueuse, simulant la tuberculose verruqueuse sèche de Riehl et Paltauf ». Les types verruqueux de Volavsek paraissent devoir être rangés dans la même catégorie. Nous avons signalé plus haut les faits de passage qui relient cette forme aux pyodermites végétantes suppurées et ulcéreuses.

En dehors de ces trois grandes variétés on peut voir parfois des localisations dont la singularité mérite d'être signalée, bien que leur caractère exceptionnel exige qu'on les laisse un peu en position d'attente.

Par ordre d'importance on doit mettre en tête celles qui rappellent la syphilis, ce sont les *syphiloïdes papillomateuses*, signalées par Perrin (1900), Wende et Degroad (1909), Danlos (1908), Fournier, Gougerot et Dreyfus, le plus souvent sur la région périnéale.

Viennent ensuite des cas isolés, telles les lésions papillomateuses décrites par Gougerot et Blum en 1919 et *simulant le granulome vénérien*.

D'autres fois les lésions évoquent une mycose (cas de Willy Pick). Une pyodermite chronique papillomateuse et verruqueuse observée par Emil Loewi ressemblait cliniquement à une blastomycose américaine.

Plus exceptionnelles encore semblent être les pyodermites végétantes des muqueuses dont nous devons la connaissance à Gougerot et dont chacune évoque une lésion très spéciale telle que le cancer, le lupus tuberculeux, le chancre syphilitique, l'actinomycose.

Les pyodermites végétantes du type local se rencontrent le plus souvent sur le pourtour méditerranéen principalement en Espagne, en Italie, dans l'Afrique du Nord. Nos observations établissent leur fréquence dans le Languedoc méditerranéen.

Les lésions débutent parfois sans cause apparente, mais elles succèdent souvent à un traumatisme minime et de ce fait atteignent plus fréquemment les travailleurs manuels

Les recherches bactériologiques montrent que, comme dans la maladie de Hallopeau, les germes le plus souvent rencontrés sont des staphylocoques, si bien que certains auteurs ont voulu ajouter à la définition des pyodermites d'Azua la caractéristique « à staphylocoques ». Il s'agit le plus souvent du staphylocoque doré mais on peut trouver le staphylocoque blanc ou citreus. Cependant le streptocoque est loin d'être rare. D'autres germes ont été signalés et en particulier le coli-bacille.

L'infection staphylococcique ayant une électivité manifeste pour l'appareil folliculaire de la peau, la tentation est grande de voir dans les pyodermites végétantes une variété de sycosis. Sabouraud et Lotte n'ont pas hésité à le faire en ce qui concerne la maladie de Hallopeau. En est-il de même dans les formes locales ? Si

l'infection folliculaire est fréquente dans certains cas elle semble au second plan dans beaucoup d'autres. Le début est assez souvent marqué par des pustules larges, plates et extensives en rapport avec le streptocoque. Une surinfection par le staphylocoque est fréquente, mais tient-elle sous sa dépendance la transformation végétante des plaques ? Ne peut-on supposer que d'autres facteurs interviennent ?

Le problème rappelle un peu celui de l'ecthyma. Pourquoi un impétigo streptococcique se transforme-t-il en une ulcération profonde ? Le terrain joue un rôle important dans beaucoup de cas, mais ne se fait-il pas une surinfection spéciale ? On sait que le bacille pyocyanique a été incriminé dans l'ecthyma térébrant.

D'autre part, on ne saurait s'empêcher de remarquer que l'efficacité des traitements antiseptiques, absolument remarquable sur la suppuration et les éléments ulcéreux, est beaucoup moins nette sur les végétations, dont la persistence pose souvent l'indication d'un curettage. On ne saurait sans doute prétendre faire disparaître d'importantes proliférations papillomateuses une fois réalisées par des antiseptiques, mais n'y a-t-il pas là l'indication d'une nature du processus papillomateux différente de celle du processus suppuratif ?

Dans presque tous les cas il s'agit d'une infection pyogène banale qui paraît elle-même conditionnée par une effraction cutanée traumatique. Le processus végétant n'intervient que postérieurement et dans certains cas ne complique pas la totalité des foyers, ainsi que divers auteurs, Gougerot, Pellerat et Meyer, et nous-mêmes, avons pu le noter. Il est légitime de se demander si les pyodermites végétantes régionales ne résultent pas de la surinfection de lésions d'infections épidermiques banales par un germe inconnu.

L'allure sycosique même de certaines plaques ne laisse-t-elle pas supposer l'intervention d'une infestation mycélienne ?

Il est classique d'opposer les sycosis dits parasitaires aux sycosis staphylococciques, mais nous apporterons prochainement avec le Pr Harant un travail qui modifie un peu les conceptions classiques sur ce point. Dans presque tous les cas de sycosis mycéliens que nous observons, une infection staphylococcique survient et très rapidement le champignon devient introuvable dans les lésions, alors que le staphylocoque continue à occuper la place.

Sans épiloguer sur l'interprétation de ces faits nous pensons qu'il n'est pas interdit de supposer l'association d'un processus mycélien. L'hypothèse a été soulevée par divers auteurs. Je me borne à lui faire place sans conclure.

Faut-il incriminer le terrain ?

Gaté et ses collaborateurs ont démontré dans un cas l'influence manifeste de la réactivité du sympathique et ils ont pu obtenir la guérison de placards végétants de la jambe par une intervention sur cet appareil.

Cette constatation rejoint une notion que nos recherches nous ont permis de vérifier, à savoir que certaines hyperkératoses sont sous la dépendance d'irritations du sympathique. L'action nerveuse est vraisemblablement corrélative d'un trouble anaérobique local que l'on pourrait combattre par des facteurs d'oxygénation, et plus particulièrement par la vitamine C (Charpy). Toutefois, si le rôle du terrain n'est pas une simple vue de l'esprit et si, d'autre part, l'hypothèse d'un germe spécial reste défendable, aucune conclusion pathogénique ne peut pour l'instant être portée.

Existe-t-il autant de pyodermites végétantes différentes que de types décrits par les différents auteurs ? Ces formes diverses ne sont-elles que des aspects variables d'une affection unique comme le pense Gay Prieto ?

Plusieurs d'entre elles sont apparentées à des maladies connues. Ne peut-on admettre que cette unité et cette diversité s'expliquent par l'existence d'un processus végétant commun de cause inconnue qui, s'ajoutant à des affections diverses, en modifie le caractère et réalise des complexes dont l'évolution générale reste celle de la dermatose sur laquelle est venue se greffer le processus végétant ?

Aucune réponse ne peut être pour l'instant donnée à ces questions.

Il suit que tout essai nosographique ne peut être que provisoire et ne doit avoir d'autre prétention que celle d'aider à la pratique médicale.

Une notion primordiale domine le débat. Il existe des lésions cutanées suppurantes et végétantes qui ne sont ni tuberculeuses, ni cancéreuses, ni mycéliennes et qui cependant simulent suivant les cas, la tubercule, le cancer ou les mycoses.

Le problème de l'heure est essentiellement un problème de diagnostic. Celui-ci ne peut être étayé que sur une délimitation provisoire aussi précise que possible du groupe des pyodermites végétantes.

Nous avons essayé de le réduire à deux grands types. Notre description anatomo-clinique a tenté de justifier cette conception. Il reste à la confronter avec les classifications déjà proposées.

On ne saurait s'arrêter longuement sur celle de Tachau qui divise les pyodermites végétantes en formes folliculaires et non folliculaires et qui range la maladie de Hallopeau parmi ces dernières, alors que son caractère essentiel paraît-être une atteinte élective de l'appareil pilo-sébacé.

Les classifications de Hudelo et Rabut, de Nanta et Basex sont l'une et l'autre inattaquables du point de vue sémiologique, mais lorsque l'on se place au point de vue nosographique, des éliminations et des simplifications paraissent légitimes.

Les éléments végétants des pyodermites dont nous nous sommes occupés ont essentiellement le caractère d'une papillomatose extériorisée sous la forme de digitations. Les lésions sont initialement épidermiques; l'importance de l'acanthose et du bourgeonnement interpapillaire ne permettent guère de les ranger à côté des proliférations angio-conjonctives du botryomycome et de certaines lésions voisines.

L'individualité clinique du granulome de Truffi, celle des pyodermites papuleuses chroniques à épiderme lisse de Gougerot, Coste, E. Lortat-Jacob et Mlle Eliascheff ainsi que celle des pyodermites chancriformes de Covisa et Bejarano n'exclut pas leur rapprochement avec la pyodermite végétante dans une étude d'ensemble, mais leur confère une allure trop spéciale pour qu'on les fasse entrer dans le même groupe nosographique.

Les pyodermites végétantes que nous avons décrites n'ont aucun des caractères majeurs de l'acné conglobée. Celle-ci est essentiellement une acné suppurative non végétante; les lésions sont tuberculoïdes; on trouve des abcès stériles à côté de l'infection à staphylocoques. Les végétations apparaissent comme un aspect un peu excessif de l'hypertrophie tissulaire qui donne la lésion principale. Le processus est essentiellement comédonien.

Il n'y a aucun inconvénient à ranger à côté de l'acné conglobée les cinq cas de Hoffmann, mais l'absence de comédons et de diverses particularités semblent les rapprocher davantage des pyodermites végétantes.

L'acné chéloïdienne de la nuque répond à un plasmome profond et non à des végétations véritables.

Le problème de la *périfolliculitis abcedens et suffodiens* est plus délicat. On ne saurait critiquer Nanta et Basex de ranger ce syndrome dans le cadre des pyodermites végétantes. Mais si, comme beaucoup d'auteurs l'admettent, il s'agit d'une simple localisation de l'acné conglobée, les objections soulevées à propos de cette dernière affection restent valables et sont de nature à l'exclure.

Ce n'est pas jouer sur les mots que de s'entendre pour limiter l'appellation de pyodermite végétante aux lésions qui sont essentiellement des « pyodermites végétantes », c'est-à-dire qui évoluent indépendamment d'éléments anatomo-cliniques différents auxquels semble dévolue la première place. Dans l'état actuel de nos connaissances nous pensons qu'elle doit être réservée aux pyococcies banales devenues végétantes à l'exclusion des lésions végétantes associées à d'autres manifestations pathologiques.

Ainsi se trouvent éliminées non seulement les affections précédentes, mais toutes les pyodermites végétantes secondaires allant de l'ulcère variqueux végétant aux fistules osseusses végétantes, à la perlèche végétante, au sycosis végétant de Sézary, etc.... en un mot, tous les cas réductibles à des processus classés dans lesquels les végétations apparaissent comme un épiphénomène inconstant.

Cet effort éliminatoire accompli il reste à justifier la simplification que nous proposons. N'est-elle pas un peu trop schématique ?

Les deux grands types dont nous avons fait le pivot de notre description paraissent grouper le plus grand nombre de cas. Il eut été surprenant que nous n'eussions pas trouvé de faits de passage.

Nous les avons cherchés et nous avons été frappés de leur petit nombre. Un examen attentif nous a souvent permis de les rattacher à l'une ou à l'autre des deux formes principales malgré certaines apparences.

C'est ainsi que dans l'observation que MM. Gougerot, Duperrat et Meyer ont publiée en novembre 1946 à la Société de dermatologie la dissémination des lésions est réelle puisqu'aussi bien elles débutent par un orteil, occupent les deux mains, les poignets, les avant-bras, la face. Toutefois, la rapidité de leur constitution, leur état presque aussitôt stationnaire, leur début par des pyodermites pures caractéristiques, les phénomènes inflammatoires aigus qui les accompagnent, leur ressemblance avec les formes tuberculoïdes discrètes observées par les mêmes auteurs, leur guérison rapide par le traitement d'épreuve des pyodermites sont autant de caractères qui séparent ce cas de la maladie de Hallopeau et permettent de le ranger dans le groupe des pyodermites végétantes de type local.

En second lieu tout en reconnaissant les différences qui peuvent séparer les diverses formes locales et tout en estimant que les noms des auteurs qui les ont décrites doivent leur rester attachés, il convient de ne pas les isoler dans des compartiments fermés.

Nanta et Basex ont raison de signaler des formes aiguës dont les éléments en boule de gomme paraissent très spéciaux, mais dans beaucoup de cas les manifestations évoluent assez rapidement au début, s'accompagnant parfois de fièvre, de lymphangite, puis ralentissent leur allure, passent à la chronicité.

De la même manière on voit souvent voisiner des lésions érosives et ulcéreuses, humides et sèches. Les secondes succèdent quelquefois aux premières ou coexistent avec elles comme dans le cas de Gougerot, Duperrat et Meyer. On ne saurait établir de barrières absolues entre des lésions aussi nettement apparentées.

En bref la qualification de *pyodermites végétantes* nous semble devoir être réservée aux lésions qui apparaissent exclusivement comme des *pyococcies banales compliquées de papillomatose et irréductibles à toute affection dont la description comporte d'autres éléments anatomo-cliniques.*

Elles se réduisent à deux grandes formes : *l'une, la pyodermite végétante d'Hallopeau est généralisée, de siège folliculaire, d'évolution continue, à progression excentrique constante et résiste aux traitements antiseptiques. Sa durée est pratiquement indéfinie bien que l'état général soit peu affecté.*

L'autre, régionale, comportant habituellement un foyer unique, rapidement fixé et d'une grande docilité vis-à-vis des agents anti-infectieux, réunit des syndromes de parenté évidente mais de types divers. Les principaux sont le type ulcéro-végétant commun, le type pseudo-végétant épithéliomateux d'Azua et le type verruqueux simulant la tuberculose dont nous devons la connaissance à Bosellini et surtout à Gougerot. Ce second groupe, de beaucoup le plus important est le seul qui réponde à des faits dont l'objectivité ne puisse être contestée.

La maladie de Hallopeau, plus rarement observée, occupe une place à part. Les observations que nous avons retrouvées permettent de la considérer comme une entité morbide au sens que Brocq donnait à cette expression. Toutefois l'autorité de dermatologistes éminents et les cas de pemphigus végétants authentiques, évoluant sans bulles nettement apparentes, dont nous avons apporté un exemple, laissent planer quelques doutes sur son autonomie.

BIBLIOGRAPHIE

ARTOM. — Étude de la dermatite staphylogène végétante. *Giorn. Ital. della pelle*, février 1923, p. 43 ; analysé *Ann. Dermat.*, 1924, p. 183 et 1925, p. 154.
ARTOM. — Nouvelle contribution à l'étude des dermatites staphylogènes végétantes. *Giorn. Ital. di Derm.*, 1925, p. 1338 ; analysé *Ann. Dermat.*, 1927, p. 59.
DE AZUA et SADA PONS. — Pseudo-épithéliomas cutanés. *XIVe Congrès de Médecine*, Madrid, 1903 ; analysé *Ann. Dermat.*, 1903, p. 745.
DE AZUA. — Pyodermitis cronica vegetans papulomatosa. *Actas D. S.*, 1910, n° 5.
DE AZUA. — Dermatites papillomateuses végétantes. *Actas D. S.*, 1911, t. **1**, p. 319.
DE AZUA. — Pyodermite végétante post-impétigineuse. *Actas D. S.*, 1911, **1**, p. 429 ; analysé *Ann. Dermat.*, 1913, p. 245.
BALINA (P. L.), QUIROGA (M. I.) et BOSQ (P.). — Piodermitis végétante hipertrofica tumoral. *Revista argent. de dermatosifil.*, **19** n° 3, 1935, p. 498.
BAZZOLI. — Contribution à l'étude de la pyodermite végétante. *Persiero Med.*, 20 novembre 1924, p. 580.
BEJARANO (J.) et GOMEZ ORBANEJA (J.). — Piodermitis cronicas vegetantes de Azua. *Actas dermo-sifil.*, **28**, n° 3, décembre 1935, p. 223.
BEJARANO et ORBANEJA. — Un caso de piodermitis vegetante de Azua. *Archivos de med. cir. y espec.*, **38**, n° 7, 15 avril 1935, p. 252.
BEJARANO et ORBANEJA. — Un caso de piodermitis vegetante de Azua. *Actas dermo-sifil.*, **27**, n° 5, février 1935, p. 558.
BERNUCCI. — Considerazioni su di un caso di pemfigo volgare benigno con evoluzione finale in piodermitis vegetante di Hallopeau. *Giorn. Ital. di Dermat. e sifilol.*, **68**, n° 5, octobre 1927, p. 1408.
BERTACCINI (G.). — Caso particolare di piodermite vegetante con lesioni ossee della mano. *Revista argent. de dermatosifil.*, **21**, n° 1, 1937, p. 139.
BLOOM (D.). — Chronic serpiginous ulcerative pyoderma. *Archives Dermat. a. Syphil.*, **36**, n° 1, juillet 1937, p. 190.
BOSELLINI. — Dermatite chronique verrucoïde circonscrite des mains. *Giorn. Ital. della Mal. Vene.*, 1905, p. 538 ; analysé *Ann. Dermat.*, 1906, p. 814.
BROERS (J. H.). — Pyodermia chronica papillaris et exulcerans (Zurhelle). *Zentralbl. f. Haut. u. Geschlechtskr.*, **43**, nos 5-6, 5 janvier 1933, p. 259.
BROCQ. — Pratique Dermatologique, article Pemphigus, **3**, 1902, p. 784.
BROCQ. — Article Maladie de Hallopeau. *Dermatologie Pratique*, **2**, 1908, p. 864.
CARRERA (J. L.) — Sobre una observacion de piodermite vegetante curada con anatoxina estafilococica. *Prensa Med. Argent.*, **25**, n° 11, 1938, p. 562.
CHRISTIE. — Cases of Dermatites vegetans. *Canada M. A. J.*, **84**, janvier 1927, p. 86.
CORTET. — Dermatite végétante. *British J. Med.*, 1906, p. 846 ; analysé *Ann. Dermat.*, 1907, p. 432.
CROCKER et PERNET. — Pyodermite végétante de Hallopeau. *Roy. Soc.*, 1909, 18, 11 ; *British. J.*, 1909.
DANLOS et HUDELO. — Pemphigus végétant. *Soc. dermat.*, 1900, p. 325.
DOWLING. — Pyodermatitis vegetans. Proceedings of the royal Society of Medicine. *Section of Dermatology*, vol. **22**, n° 1, décembre 1928, p. 93.
DUSAN (J.) et BONNET (J.). — Pyodermite végétante d'apparence néoplasique. *Marseille méd.*, nos 4-5, 1938, p. 123.
ENGELHARDT. — Pyodermia vegetans. *Zentralbl f. Haut. u. Geschlechtskr*, **53**, n° 2, 20 mars 1936, p. 69.
FAGE. — Séquelles de l'impétigo et de l'ecthyma ; papillomatoses post-impétigineuses. *Bulletin médical de l'Algérie*, 25 mars 1914.
FERRABOUC, BROUSSY et DECAUTE. — Pyodermite verruqueuse. *Soc. f. Dermat. et Syph.*, Lyon, 11 avril 1940.
FERRAND. — Pemphigus végétant bénin. *Ann. Dermat.*, 1907, p. 254.
FERRARI (A. V.). — Sopra un caso di piodermite vegetante. *Boll. Sez. reg. Soc. ital. di dermat. e sifil.*, n° 4, octobre 1935, p. 398.
FEULARD. — Deuxième cas de dermatite pustuleuse chronique en foyers. V. HALLOPEAU.
FIDANZA (E. P.). — Consideraviones sobre un caso de piodermitis vegetante. *Revista argent. de dermatosifil.*, **21**, n° 1, 1937, p. 390 (fig.).
FISCHL. — Sur une dermatite végétante à petites pustules. *Arch. für D. und S.*, 1922, p. 154, avec bibliographie ; analysé *Ann. Derm.*, 1923, p. 623.

FORDYCE et GOTTHEIM. — La dermatite végétante dans ses rapports avec la dermatite herpétiforme. *J. of Cut. Dis.*, 1906, p. 543 ; analysé *Ann. Dermat.*, 1907, p. 348.
FORNBACHER. — Pyodermia chronica papillaris et exulcerans. *Zentr. f. Haut. u. Geschl.*, **60**, nos 5-6, 1938, p. 196.
FOX (H.). — Chronic serpiginous ulcerative pyoderma. *Archives Dermat. a. Syphil.*, **32**, no 6, décembre 1935, p. 955.
FOX (H.) et MALONEY (E. R.). — Serpiginous ulcerating pyodermia (pyodermia gangraenosa). *Archives Dermat. et Syphil.*, **30**, no 6, décembre 1934, p. 875.
FUHS. — Pyodermia chronica papillaris et exulcerans (Hoffmann). *Zentralbl. f. Haut. u. Geschlechtskr.*, **53**, no 3, 5 avril 1936, p. 152.
GARCIA Y PEYRI. — Un caso di piodermitis vegentante en un nino de pecho. *Archivios de Medicina, Cirurgia y Especialidades*, **27**, no 326, 3 septembre 1927, p. 262.
GATÉ et GIRAUD. — Un cas de pyodermite végétante de Hallopeau. *Bull. Soc. fr. de dermatol. et syphil.*, novembre 1929 (Réunion de Lyon), p. 45.
GATÉ, CHANTAL et RACOUCHOT. — Pyodermite végétante de Hallopeau récidivante. Guérison par sympathectomie lombaire. *Bull. Soc. fr. de Dermat. et Syph.*, no 6, mars 1936 (Réunion de Lyon), p. 728.
GATÉ et CHANIAL. — Pyodermite végétante banale à type de papillomatose extensive et sèche. *Soc. fr. D. S. Lyon*, 19 novembre 1936.
GATÉ, CHANIAL et BALLIVET. — Pyodermite végétante de Hallopeau récidivante. Inefficacité de tous les traitements essayés. *Soc. fr. de S. S. Lyon*, 19 novembre 1936.
GAUCHER. — Leçons sur la pyodermite végétante. *Gazette des Hôpitaux*, 1906, p. 1432.
GAUCHER. — Article maladie de Hallopeau. *Traité de médecine de Gilbert et Carnot*, **14**, 1909, p. 103.
GAUCHER et MALLOISEL. — Maladie de Hallopeau (Pyodermite végétante). *Soc. dermat.*, 1907, p. 431.
GAUCHER, GOUGEROT et DUBOSC. — Pyodermite impétigineuse verruqueuse. *Soc. Dermat.*, 24 avril 1911, p. 139.
GIORGIO (A. de). — Une forme non commune de pyodermite végétante. *Dermatosifilografo*, **12**, no 1, 1938, p. 55.
GLAUBERSON (S. A.). — Les affections des os dans la pyodermite chronique. *Annales de Dermat et Syph.*, 7e série, **6**, no 7, juillet 1935, p. 673.
GLAUBERSOHN. — Pyodermia chronica ulcerosa. *Dermatologische Wochenschrift*, Bd **88**, no 14, 6 avril 1929, p. 497.
GOLDSCHLAG. — Pyodermia vegetans. *Zentr. f. Haut. u. Geschl.*, **58**, nos 10-11, 1938, p. 614.
GOLDSMITH (W. N.). — Verrucose pyodermia. *Proceed. R. Soc. Med.*, **28**, no 4, février 1935, p. 364.
GOTTRON. — Vegetierende Pyodermie um eine fistulöse Wunde. *Zentr. f. Haut. u. Geschl.*, **57**, no 1, 1937, p. 7.
GOUGEROT, GAUCHER et DUBOSC. — Pyodermite impétigineuse verruqueuse et pyodermites verruqueuses sèches simulant la tuberculose. *Soc. Dermat.*, 24 avril 1911, p. 241.
GOUGEROT. — Infections chroniques froides dues à des bactéries pyogènes. *Congrès de Rome*, 1912, pp. 199 et 205 et in *Progrès Médical*, 18 et 28 mai 1912, nos 20 et 21, pp. 245 et 257.
GOUGEROT. — Infections chroniques froides dues à des bactéries pyogènes. *Journal des Praticiens*, 12 octobre 1912, no 41, p. 641.
GOUGEROT. — Pyodermites tuberculoïdes (Diagnostic avec la tuberculose et la syphilis. Traitement). *Paris-Médical*, 13 septembre 1913, no 41, p. 342 et in *Thèse de Monnamy*. Paris, 1913.
GOUGEROT. — Complications cutanées des plaies de guerre. *Journal Médical Français*. décembre 1919.
GOUGEROT. — Dermo-épidermite pustuleuse miliaire et érythémato-squameuse nummulaire en placards à progression centrifuge. *Ier Congrès des Dermatologistes de Langue française*, Paris, 6 juin 1922, p. 172.
GOUGEROT. — La dermatologie en clientèle (3e édition, 1922). *Les pyodermites végétantes*, pp. 327 et 355.
GOUGEROT et BLUM. — Granulome vénérien bénin. Pyodermite végétante préputiale. *Archives dermato-syphilographiques de la Clinique Saint-Louis*, **1**, fasc. 2, juillet 1929, p. 419.
GOUGEROT, BURNIER et WEILL. — Pyodermite chancriforme de la face interne de la joue simulant un chancre syphilitique. *Ann. des mal. vénériennes*, août 1930, no 8, p. 587.
GOUGEROT. — Pyodermite végétante buccale simulant le cancer. *Presse Médicale*, 16 novembre 1929, no 92, p. 1503.
GOUGEROT. — Pyodermites végétantes des muqueuses simulant le cancer, la tubercu-

lose, la syphilis, l'actinomycose *Arch. D. S. Clinique Hôp. Saint-Louis*, septembre 1931, n° 11, p. 426.
GOUGEROT, R. COHEN et Mme POULAIN. — Pyodermites végétantes de la peau. *Arch. D. S. Clinique Hôp. Saint-Louis*, septembre 1931, n° 11, p. 421.
GOUGEROT. — Les infections chroniques de la peau dues aux germes pyogènes. *Maroc Médical*, 15 août 1934, n° 146, p. 317.
GOUGEROT, COSTE et LORTAT-JACOB. — Pyodermites papuleuses chroniques à épiderme lisse. *Bull. Soc. fr. de dermat. et syphil.*, n° 4, avril 1936, p. 72.
GOUGEROT, HAMBURGER et FRUMUSAN. — Pyodermites strepto-staphylococciques tuberculoïdes papulo-nécrotiques (et disc.). *Bull. Soc. fr. de dermat. et syphil.*, n° 9, décembre 1935, p. 1936.
GOUGEROT et LORTAT-JACOB. — Nouveau cas de pyodermite papuleuse chronique à épiderme lisse (structure tuberculoïde diffuse sans polynucléaires). *Bull. Soc. fr. de dermat. et syphil.*, n° 7, juillet 1936, p. 1461.
GOUGEROT et DREYFUS. — Pyodermites végétantes multiples syphiloïdes. *Annales des mal. vén.*, **33**, n° 10, 1938, p. 607.
GOUGEROT, DUPERRAT et J. J. MEYER. — Pyodermite végétante ulcéreuse en nappe. *Soc. de dermat.*, 14 novembre 1946, n° 11, p 671.
GROSS. — Pyoderma chronica papiliaris et exulcerans. *Archives Dermat. a Syphilis*, n° 2, février 1934, p. 328.
GRUTZ. — Pyodermia végétant. *Tagung der Nord-West derm.*, 18 avril 1926.
HALLOPEAU. — Sur une nouvelle forme de dermatite chronique pustuleuse en foyers à progression excentrique. *Comptes rendus du Congrès de Paris*, 1889, p. 344.
HALLOPEAU. — Dermatite pustuleuse chronique en foyers à progression excentrique *Atlas International des maladies rares de la peau*, **7**, 1889, malade décrit par Feulard, c. f. n° 2.
HALLOPEAU. — Nouvelle étude sur la dermatite pustuleuse en foyers à progression excentrique. *Bulletin de la Société de Dermatologie*, 1891, p. 219.
HALLOPEAU. — Étude comparative sur la dermatite pustuleuse chronique en foyers à progression excentrique et la dermatite de Dühring. *Soc. Dermat.*, 1892, p. 8.
HALLOPEAU et BRODIER. — Sur un cas de dermatite herpétiforme végétante. *Annales de Dermatologie*, 1894, p. 74.
HALLOPEAU et LE DAMANY. — Sur un troisième cas de dermatite pustuleuse chronique en foyers à progression excentrique. *Soc. Derm.*, 1895, p. 8).
HALLOPEAU. — Zweite Mitteilung über Pyodermite Vegetante ; suppurative form der Neumannschen Krankheit. *Arch. f Dermat.*, 1898, p. 323 ; analysé *Ann. Dermat.*, 1899, p. 104.
HALLOPEAU. — Nouvelle étude sur une forme pustuleuse et bulleuse de la maladie de Neumann. *Soc. Dermat.*, 1898, p. 344.
HALLOPEAU. — Pyodermite végétante. Ihre Bezeihungen zur Dermatitis Herpetiformis und dem Pemphigus vegetans. *Archiv. für Dermat. und Syphilis*, 1898, p. 289.
HALLOPEAU et LEREDDE. — *Traité de Dermatologie*, 1900, « Maladie de Neumann », p. 730.
HALLOPEAU. — Sur une forme bulleuse suppurative et cicatricielle de la maladie de Neumann considérée antérieurement comme un cas d'iodisme. *Soc. Dermat.*, 1901, p. 393.
HARTZELL. — A case of Dermatitis vegetans. *J. of Cut. Dis.*, 1901, p. 465.
HASEGUWA. — Fall von Pyodermia chronica papillaris et exulcerans. *Jap. j. Dermat. a. urol.*, **46**, n° 5, 1939, p. 130.
HAUTKLINIK GIESSEN. — Vegetierende Pyodermie. *Zentr. f. Haut. u. Geschl.*, **61**, n° 1, 1938, p. 7.
HAXTHAUSEN. — Pyodermia chronica vegetans. *Dermat. Wochenschr.*, **102**, n° 16, 18 avril 1936, p. 511.
HIGUTI. — Ueber einen Fall von Pyodermia papillaris et exulcerans. *Hihuto-hitunyo*, **4**, n° 6, décembre 1936, p. 43.
HOFFMANN. — Sur quelques cas ressemblant à l'acné conglomérée. *Arch. f. Dermat. und Syph.*, Bd el II., **1**, 1926.
HUDELO et WICKHAM. — Dermatite herpétiforme de Dühring, variété pustuleuse et végétante. *Soc. Dermat.*, 1891, p. 444.
HUDELO et RABUT. — Les pyodermites chroniques du type végétant et ulcéreux. *Presse Médicale*, 10 août 1931.
JAMIESON. — Dermatitis vegetans. *British Journal of Dermat.*, 1902, p. 407.
KANO et MURYAMA. — Fall von Pyodermia papillaris et exulcerans. *Jap. j. Dermat. a. Urol.*, **44**, n° 4, 1938, p. 143.
KOIKE. — Ueber Pyodermia chronica papillaris et exulcerans. *Jap. Journ. Dermat. a. Urol.*, **35**, n° 5, mai 1934, p. 74.

Koyama. — Ueber einen Fall von Pyodermite vegetante (Hallopeau). *Zentralbl. f. Haut. u. Geschlechtskr*, **48**, nº 5, 5 juin 1934, p. 207.
Kumer. — *Dermat. Zeitsch.*, 1926.
Ledermann. — Sur un cas de maladie de Hallopeau. *Congrès de Berlin*, 1904, p. 544.
Ledo. — Pyodermite chronique végétante papillomateuse. *Actas D. S.*, 1913, p. 111 ; analysé *Ann. dermat.*, 1916-1917, p. 164.
Leredde. — Lésions de la peau et du sang dans la dermatite d'Hallopeau. *Soc. Derm.*, 1897, p. 421.
Leredde. — Rapports de la dermatite d'Hallopeau, de la dermatite de Dühring et du pemphigus vegétant. *Monatsheft für Praktische Dermatologie*, 1898, p. 591 ; analysé dans *Annales de Dermat.*, 1899, p. 836.
Levi. — Piodermite vegetante erosive del dorso della mano da diplostreptococco non emolitico. *Il Dermosifilografo*, **12**, nº 1, 1938, p. 1.
Lotte. — La pyodermite végétante d'Hallopeau. *Thèse Paris*, 1928.
Lutz. — Chronische Ulzeröse serpiginöse Pyodermie. *Schweiz. med. Wochenschr.*, **66**, nº 38, 1936, p. 922.
Marcozzi. — Piodermite cronica ulcerosa vegetante delle gambe. *Gior. ital. di dermat. e sifilol.*, **73**, nº 3, juin 1932, p. 1143.
Milian. — Pyodermite végétante. *Société Dermat.*, 1926, p. 727.
Milian. — Pyodermite végétante. *Revue française de Dermatologie et de Vénéréologie*, 1927, p. 209.
Mosulff. — Pyodermitis maligna. *Zentralbl. f. Haut. u. Geschleschtskr*, **49**, nºs 3-4, 5 octobre 1934, p. 117.
Nanta et Basex. — Formes cliniques des pyodermites végétantes. *Annales de Dermat. et Syph.*, 7e série, **8**, nº 8, 1937, p. 609 (fig.).
Negri. — Piodermite vegetante simile a pseudobotriomicosi. *Atti Soc. Ital. di dermat. e sifil.*, **1**, nº 2, 1938, p. 661.
Nicolas et Rousset. — Pyodermite végétante. *Bull. Soc. fr. de Dermat et Syph.*, nº 7, 1937 (Réunion de Lyon), p. 1113 (fig.).
Nicolas, Gaté et Bondet. — Pemphigus végétant atypique ou pyodermite végétante. *Soc. Derm. Lyon*, 9 mai 1941.
Nicolau. — Ein Fall von Pyodermitis vegetans des Linken Handrückens und unteren Drittels des Vorderarms. *Zentralbl. f. Haut. u. Geschlechtskr*, **51**, nºs 9-10, 20 septembre 1935, p. 616
Noguer-More. — Piodermitis ulcerosa y vegetante a forme linfangitica. *Ecos esp. de dermat. y sifil.*, **11**, nº 114, mars 1935, p. 379.
Oliver Finnerud (O.). — Pyodermia and Dermatitis vegetans. *Chicago Dermat. Society*, 17 février 1926.
Pernet. — Dermatite pustuleuse récidivante. *J. off. cut. dis.*, 1912, p. 517 ; analysé *Ann. Dermat.*, 1914-1915, p. 163.
Perrin. — Dermatite végétante en placards chez les nourrissons séborrhéiques. *Ann. Dermat.*, 1900, p. 1055.
Peyri (Jacques). — Un cas de pyodermite végétante chez un nourrisson. *Arch. de Médecine*, 3 septembre 1927, p. 262.
Peyri (Jacques). — Contribution à la connaissance des pyodermites végétantes. *C. R. du IIIe Congrès des Dermatologistes de langue française*, Bruxelles, 1926, p. 91 et *Bruxelles Médical*, 1926, p. 216. Cette communication a été suivie d'une longue discussion de Noguer-More, Nanta, Ramel, Ravaut, Gaté, Montpellier, Ravogli, Peyri.
Photinos. — Pyodermite papillomateuse et verruqueuse. *Bull. Soc. fr. de dermat. et syph.*, nº 7, novembre 1939, p. 399 (fig.).
Pick et Loevi. — Pseudo-Gilchrist'sche Krankheit (Seltene Form einer papillomatösverrukösen Pyodermie). *Archiv. f. Dermat. u. Syphilis*, **170**, nº 1, avril 1934, p. 80 (fig.).
Pierini. — Piodermitis vegetantes. *Revista argent. de dermatosifil.*, **17**, 1933, p. 90 (fig.).
Prieto (Gay), Lopez (B.) et de Azua (L.). — Pyodermite végétante ulcéreuse. *Acta derm. sif.*, année **32**, mai 1941, nº 8, p. 675.
Prieto (Gay). — Contribution al estudio de la dermatosis follicularis et perifollicularis conglobata (acné conglobata) *Act. D. S.*, année **29**, 1938.
Pomus. — Contribution à l'histogénèse des pyodermites chroniques. *Vestn. Vener. i Dermat.*, nºs 2-3, 1939, p. 19.
Pusey. — Vegetating Dermatoses with report of two cases. *J. of Cut. Dis.*, 1906, p. 555.
Rabut (R.). — Formes ulcéreuses et végétantes des pyodermites chroniques. *L'Hôpital*, octobre 1936, p. 587.

Rabut (R.). — Formes ulcéreuses et végétantes des pyodermites chroniques. *L'Hôpital*, nº 418, novembre 1936 (A), p. 610.

Rabut (R.). — Pyodermites chroniques ulcéreuses et ulcéro-végétantes guéries par l'anatoxine staphylococcique. *Bull. Soc. fr. de dermat. et syph.*, nº 6, juin 1936, p. 1247.

Radaelli (G.). — Considerazioni sulla differenziazione tra le piodermiti vegetanti vere e la cosidetta « piodermite vegetante di Hallopeau ». *Dermosifilografo*, **13**, nº 2 1938, p. 69.

Robert (P.). — Pyodermite chronique papillaire et ulcérante de type ulcéro colliquatif, survenue chez une malade atteinte de diabète insipide. *Schweiz. med. Woch.*, **69**, nº 5, 1939, p. 104.

Sabouraud. — Iconographie de la pustule staphylococcique. *Ann. de Dermat.*, 1925, pp. 353 et 417 ; 1926, pp. 1, 129, 403

Sabouraud. — *Maladies du cuir chevelu, pyodermites et eczémas*, t. IV, 1928. *Articles sycosis des régions glabres, sycosis des extrémités*, pp. 75 et suivantes.

Sainz de Aja (E. A.). — Sur la pyodermite végétante de Hallopeau et ses relations avec la maladie de Duhring-Brocq. *Actas Derm. Sif.*, année **32**, octobre 1941.

Samberger. — Dermatitis framboesiforme. *Archiv. fur Dermat.*, 1904.

Sayer (A.). — Chronic pyodermia of the leg with secondary osteitis of the tibia. *Archives Dermat. a. Syphil.*, **31**, nº 5, mai 1935, p. 767.

Schrens. — Chancriforme vegetierende Pyodermie an Vulva und Oberschenkel. *Zentr. f. Haut. u. Geschl.*, **61**, nºs 11-12, 1939, p. 641.

Schultze (W.). — Vegetierende Pyodermien. *Dermat. Woch.*, **108**, nº 3, 1939, p. 82 (fig.).

Segawa (N.). — Ein Beitrag zur Klinik. Histologie und Etiologie der Pyodermite vegetante (Hallopeau), nebst Bemerkungen über die Frage ihrer Identität mit Pemphigus vegetant (Neumann). *Japonese Journ. of Dermatol. a. Urol.*, **30**, nº 2, février 1930, p. 25.

Sézary et Mauric. — Pyodermite végétante chronique et ulcéreuse. *Soc. D. S.*, 12 novembre 1931.

Smith. — On a form of chronic pyodermia. *British Journal of Dermatology and Syphilis*, vol. **41**, nº 4, avril 1929, p. 149.

Stuhmer. — Chronische vegetierende Pyodermie der Inguinalbeugen. *Dermat. Zeitschr.*, **74**, nº 4, novembre 1936, p. 232.

Sugai (M.). — Swei Fälle von Pyodermia chronica papillaris et exulcerans. *Hihuto-Hitunyo*, **6**, nº 2, 1938, p. 13.

Takasu (R.). — Swei Fälle von Pyodermia chronica papillaris exulcerans. *Jap. Journ. Dermat. a. Urol.*, **35**, nº 3, mars 1934, p. 40.

Thieme. — Pyodermia chronica papillaris et exulcerans-epithelioma. *Zentr. f. Haut. u. Geschl.*, **56**, nº 8, 1937, p. 513.

Tischyenko u. Kroiczit. — Zur Frage de Pyodermia chronica serpiginosa. *Dermatologische Zeitschrift*, Bd. **52**, fasc. 1, février 1928, p. 11.

Touraine et Ruel. — Pyodermite végétante pseudo-néoplasique épithéliomatiforme d'Azua. *Soc. Derm. Syph. Paris*, 14 décembre 1944.

Tschernogulow. — Sur la pyodermite végétante. *Arch. für D. und S.*, 1925, p. 76 ; analysé *Ann. Derm.*, 1927, p. 569.

Tynicki. — Pyodermia vegetans et Pansinutis. *Zentr. f. Haut. u. Geschl.*, **61**, nºs 11-12, 1939, p. 622.

Versari. — Pyodermite végétante de Hallopeau. *Riforma Med.*, 20 août 1924, p. 795.

Veyean. — Pyodermia chronica papillaris et exulcerans. *Zentralbl. f. Haut. u. Geschlechtskr.*, **51**, nº 5, 20 juillet 1935, p. 324.

Vincent-Marie (M.). — Contribution à l'étude des pyodermites chroniques. *Thèse de Paris*, nº 8, 1932, p. 446.

Volavsek. — Pyodermia chronica papillaris et exulcerans (E. Hoffmann). *Zentr. f. Haut. u. Geschl.*, **57**, nº 9, 1938, p. 659

Volavsek. — Zur Kenntnis der Pyodermia chronica papillaris et exulcerans. *Archiv. f. Dermat. u. Syph.*, **178**, nº 3, 1938, p. 330 (fig.).

Watrin (J.). — Pyodermite végétante. *Bull. Soc. fr. de Dermat. et Syphil.*, 15 décembre 1934 **(Réunion de Nancy)**, p. 41.

Weille (R.). — Pyodermite végétante à staphylocoque doré. Aspect polymorphe et récidives. *Bull. Soc. fr. de Dermat. et Syph.*, **46**, nº 8, 1939 (Réunion de Nancy), p. 1426.

Wende et Degroat. — Dermatite végétante. *J. of Cut. Dis.*, 1902.

Yamamouchi (G.). — Fall von Pyodermia chronica papillaris exulcerans. *Jap. J. Dermat.*, **44**, nº 6, 1938, p. 189.

Yata (T.). — Fall von Pyodermia chronica papillaris et exulcerans. *Jap. Journ. Dermat. a. Urol.*, **35**, nº 3, mars 1934, p. 46.

Zalkind (E.). — Ein Fall von chronischer Pyodermie, geheilt durch Bluttransfusion. *Zentr. f. Haut. u. Geschl.*, **61**, nº 3, 1938, p. 122.

Zurhelle et Klein. — Pyodermite chronique végétante et ulcéreuse avec progression serpigineuse et lésions planes cicatricielles. *Arch. f. Dermat. u. Syph.*, 1925.
Zurhelle (E.) et Ruiter (M.). — Klinischer und experimenteler Beitrag zur Pyodermia chronica. *Archiv. Dermat. u. Syphilis*, **166**, n° 1, août 1932, p. 175.
Zurhelle. — Pyodermia chronica papillaris et exulcerans. *Zentralbl. f. Haut. u. Geschlechtskr*, **43**, n°s 5-6, 5 janvier 1933, p. 253.

Trois observations de pyodermite végétante de Hallopeau. Considérations cliniques, pathogéniques et thérapeutiques,

Par MM. J. GATÉ, P. CUILLERET et P. BONDET (Lyon)

Après un historique de la pyodermite végétante de Hallopeau, les auteurs rapportent 3 observations qui tirent leur intérêt, les *deux premières du rôle probable du sympathique et de l'heureux résultat d'une intervention sur ce dernier, la troisième du caractère extensif et ulcéreux* qu'a présenté l'affection au cours de son évolution.

La première observation concerne une femme chez laquelle une pyodermite végétante des membres inférieurs évolua avec ses perpétuelles récidives pendant 8 ans, résistant à tous les traitements locaux et généraux. Des douleurs à type causalgique orientèrent vers une perturbation sympathique. Une sympathectomie lombaire amena la guérison rapide qui s'est maintenue depuis 9 ans. La deuxième observation est calquée sur la précédente : pyodermite végétante des membres inférieurs chez une jeune femme évoluant depuis plusieurs mois et se montrant rebelle aux traitements les plus variés. Crises vaso-motrices des membres inférieurs. Sympathectomie périfémorale. Guérison qui s'est maintenue depuis. La troisième observation est celle d'une femme qui présente depuis 4 ans une pyodermite ulcéro-végétante des membres inférieurs persistant malgré toutes les thérapeutiques locales et générales successivement mises en œuvre. Une intervention sur le sympathique s'est montrée également inopérante. De plus, l'affection a pris à un moment de son évolution un caractère extensif et ulcéreux véritablement inquiétant. Une cure intense de pénicilline (8.000.000 d'U.) a amené une amélioration remarquable des lésions ; mais celle-ci a été transitoire et une seconde cure s'est montrée peu active. Le processus continue.

Plusieurs cas de pyodermites végétantes. Hypothèse sur l'étiologie,

Par M. PAYENNEVILLE (Rouen)

J'ai eu l'occasion d'observer une dizaine de cas de pyodermites végétantes d'évolution très spéciale.

Il s'agissait en général d'hommes et les lésions siégeaient toujours dans les mêmes régions, sur le cou et dans la barbe, c'est-à-dire dans les parties velues.

Dans la plupart des cas j'ai constaté au début l'apparition de bulles flasques, donnant tout à fait l'impression de lésions d'impétigo, dans quelques cas les bulles étaient crevées et recouvertes de minces croûtes jaunâtres nettement impétigineuses.

En présence de telles lésions le diagnostic de streptococcie s'imposait, mais l'évolution était toujours la même. Après un traitement de quelques jours par des badigeonnages de nitrate d'argent au 1/20 suivies d'applications de pommade d'Alibour. Les lésions semblaient vouloir guérir normalement, puis brusquement j'observais l'apparition de masses végétantes *in situ*. A partir de ce moment les plaques devenaient de plus en plus végétantes revêtant l'allure de tricophyties suppurées.

Je pensais alors à une erreur de diagnostic, mais toutes les recherches pour déceler un tricophyton étaient vaines, je pratiquais à plusieurs reprises des examens

de poils et des cultures sur milieu de Sabouraud toujours sans succès. Les lésions évoluaient assez lentement ayant cependant une tendance très nette à s'étendre.

J'essayais à plusieurs reprises en enlevant les croûtes de faire des applications de nitrate d'argent, toujours sans résultat.

Malgré l'absence de vérifications de laboratoire, je suis persuadé que je devais être en présence de manifestations si non tricophytiques du moins mycosiques, d'ailleurs cette hypothèse semblait se vérifier à la suite d'un traitement local iodé qui amenait dans la plupart des cas une guérison rapide.

Il est difficile d'affirmer une telle étiologie en l'absence de toute vérification de laboratoire, mais le vieil adage « naturam morborum curationes ostendunt » est peut-être vrai dans cette catégorie de faits. D'ailleurs il est à remarquer que les lésions observées siégeaient toujours dans les parties velues.

Faut-il considérer les végétations comme secondaires et surajoutées à l'impétigo primitif ? Cette hypothèse est défendable, toutefois l'évolution toujours la même que j'ai observée me fait plutôt penser à une forme analogue de mycose avec peut-être association de streptocoques et de staphylocoques.

J'ai tenu à vous rapporter ces faits dans l'espoir que peut-être d'autres observateurs se seraient trouvés en présence des mêmes lésions et que plus heureux que moi dans leurs recherches, ils auraient pu déceler la nature exacte et l'étiologie de ces dermatoses végétantes.

Le diagnostic des pyodermites végétantes,

Par M. J. WATRIN (Nancy)

Le malade dont nous rapportons l'observation est adressé à mon service pour une lésion végétante du dos de la main droite, présumée épithélioma bourgeonnant en raison de son aspect tumoral, de sa lente évolution, de la douleur qu'elle provoque et du relèvement des bords; mais les commémoratifs, l'histoire clinique et surtout l'inspection de la tumeur suffisent à démontrer que l'on est en présence d'une affection inflammatoire et non pas néoplasique. La pression fait sourdre non pas des vermiottes ou du sang, mais de petites gouttelettes de pus isolées les unes des autres.

La lésion a débuté deux mois auparavant par une brûlure au niveau du troisième métacarpien de la main droite : le malade soudeur à l'arc de son métier, n'y prêta pas attention, habitué qu'il était à de fréquentes brûlures provoquées par l'arc électrique ou des gouttelettes de métal liquide. Cette fois la phlyctène s'infecte, s'accompagnant d'œdème de la main et du poignet, et malgré des pansements humides au Dakin, l'infection gagne en deux mois le poignet. A l'entrée au service, les deux tiers du dos de la main étaient envahis par une tumeur végétante, douloureuse spontanément, dont les bords surélevés sont très nettement délimités par rapport à la peau saine ; les doigts sont boudinés, les mouvements articulaires pénibles ; il n'y a pas d'adénopathie sus-épithrochléenne.

Le diagnostic de pyodermite végétante est confirmé par l'examen du pus qui montre des staphylocoques à l'exclusion d'autres germes, et par l'examen histologique d'une biopsie : l'épiderme est hyperplasié et fortement hyperacanthosique, les bourgeons épithéliaux s'enfoncent profondément en s'étalant dans un derme enflammé ; ils sont parfois creusés de cavités remplies de pyocytes et surtout de cellules lymphoïdes et plasmatiques. Le derme renferme de nombreux amas de cellules rondes et de plasmocytes groupés en nodules. Il existe des néo-vaisseaux à paroi endothéliale tuméfiée. L'inflammation lympho-plasmocytaire est celle que l'on rencontre dans les suppurations chroniques de la peau, dans le sycosis, et dans l'acné conglobata ou phlegmoneuse ; mais dans cette dernière affection dont nous avons publié un cas, les staphylocoques sont très rares et la sérosité pullule de micro-bacilles de Sabouraud.

Chez notre malade une intradermo-réaction au vaccin staphylococcique s'est révélée très fortement positive, ce qui a permis d'éliminer le diagnostic de blastomycose végétante.

Le diagnostic d'épithélioma végétant n'était pas à retenir, car les cellules malpighiennes ont conservé leur aspect normal, elles restent claires, les noyaux ne sont

ni déformés ni hyperchromatiques, et si la membrane basale paraît déchiquetée en certains points, c'est grâce au processus suppuratif qui envahit le corps muqueux de Malpighi.

Devant l'échec des pansements humides prescrits par le médecin qui nous a adressé le malade, le traitement a consisté en l'abrasion à la curette, sous anesthésie locale, de toute la tumeur jusqu'à l'aponévrose : ce traitement énergique a été suivi toutefois d'une récidive en bordure qui a été traitée de la même façon, et le malade a quitté le service complètement guéri.

Les pyodermites ulcéro-végétantes du dos de la main,

Par M. Robert Rabut (Paris)

Les pyodermites ulcéro-végétantes constituent un fait de passage entre les formes purement végétantes, dont la maladie de Hallopeau est la modalité la plus typique, et les infections cutanées chroniques de type ulcéreux. Très variables d'aspect, suivant l'importance de l'élément végétant qui peut être prédominant ou accessoire et suivant que le processus ulcératif reste en surface ou creuse, ces variétés de pyodermite chronique frappent avec prédilection le dos des mains, particulièrement exposé aux traumatismes et aux souillures.

Si la réaction ulcéro-végétante peut atteindre, au dos de la main, le développement qui lui a fait donner par Azua le nom de pseudo-épithélioma, elle se manifeste surtout par des modalités plus discrètes : réactions plus papillaire que végétante, plus érosive qu'ulcéreuse. Parmi ces manifestations, les cas dénommés par Azua pyodermite papillomateuse, et les formes verruqueuses signalées par Bosellini, Gougerot, Peyri, sont constitués par des placards en petits foyers peu érosifs, peu inflammatoires et souvent tuberculoïdes.

Le type qui me paraît le plus individualisé — peut-être parce que je l'ai rencontré à plusieurs reprises — répond à celui que Hoffmann avait désigné sous le nom de pyodermite papillaire et exulcéreuse et qui a été mis au point par le travail de Zurhelle et Klein paru en 1926 sous le titre « pyodermites chroniques végétantes et ulcéreuses, avec progression serpigineuse et cicatrisations planes superficielles » qui en résume les caractères essentiels.

Foyer unique ou lésions disséminées en surface plus ou moins étendue sont caractérisés par une infiltration livide, spongieuse, plus ou moins œdématiée, avec excroissantes papillaires ou verruqueuses et exulcérations habituellement recouvertes de croûtes. Après l'ablation de celles-ci, la pression fait sourdre aux orifices un pus lié ou sanieux provenant de décollements plus ou moins étendus. Par confluence et progression périphérique, les foyers prennent un contour festonné ou polycyclique, pouvant entourer une cicatrisation centrale et qui simulent la tuberculose, certaines mycoses ou la syphilis. Bien que les phénomènes inflammatoires soient parfois minimes, on peut observer des folliculites suppurées, de petits furoncles et même des traînées lymphangitiques avec adénopathie satellite. L'évolution essentiellement torpide peut s'étendre sur des mois, des années, parfois entrecoupées de phases silencieuses qui font croire à la guérison. Lorsque celle-ci se produit, elle laisse une surface plus ou moins irrégulière, rarement chéloïdienne.

J'ai constamment relevé la présence du staphylocoque dans ces lésions. Quelques auteurs y ont également trouvé du streptocoque. Sans doute, d'autres germes sont-ils susceptibles de les produire. L'histologie révèle, du côté de l'épiderme, de l'acanthose et de la spongiose. Le derme est occupé par un tissu granuleux de lymphocytes, de plasmazellen et parfois d'éosinophiles. Par places, des micro-abcès; dans certains cas, cellules géantes et épithélioïdes. Endartérite et péri-endartérite. Destruction du tissu élastique.

Le traitement des pyodermites ulcéro-végétantes par les antiseptiques classiques seuls m'a toujours paru inopérant, mais j'ai obtenu la guérison en leur associant la mise à plat des trajets fistuleux, la destruction ignée des éléments papillomateux. Je n'ai pas eu l'occasion de soigner de tels cas par la pénicilline. Sans doute l'emploi de celle-ci doit-elle hâter singulièrement la cicatrisation.

Périfolliculitis capitis abscedens et suffodiens,

Par M. A. BAZEX (Toulouse)

Nous rapportons ici deux observations de cette dermatose décrite pour la première fois par Hoffmann (*Société de Dermatologie*, Berlin, 12 novembre 1907). Nous pourrons ensuite discuter la nosologie de cette affection et envisager les conceptions nouvelles de sa thérapeutique.

Voici tout d'abord la première observation :

Mme V..., âgée de 44 ans, vient nous consulter le 20 novembre 1942 pour une dermatose siégeant dans la région occipitale du cuir chevelu. Le début qui remontait à trois mois, s'était manifesté par un petit nodule de la dimension d'un pois, dont la malade s'était aperçu de façon tout à fait fortuite, en se peignant, car il n'existait aucun signe fonctionnel. Par la suite, et malgré l'application de nombreuses pommades (pommade soufrée, à l'oxyde jaune de mercure, à l'huile de Cade, au goudron de houille), d'autres éléments s'étaient formés tout autour du foyer primitif. Vers le milieu d'octobre, le nodule initial s'était perforé et depuis lors il s'écoulait une sérosité purulente, qui malgré des traitements antiseptiques divers (bleu de méthylène, alcool iodé), n'arrivait pas à se tarir.

Il s'agit d'une personne d'état général excellent ; elle a fort bon appétit, et va régulièrement à la selle tous les jours. Ses appareils respiratoire et cardiaque fonctionnent parfaitement. Son système nerveux est intact.

En relevant les cheveux de la malade, nous voyons dans la région occipitale du cuir chevelu une dizaine d'éléments au niveau desquels la peau est complètement glabre. Ces éléments hémisphériques, ont une couleur rouge bleuté, et leur dimension varie de la taille d'un petit pois à celle d'une amande. Sur le sommet de l'un d'eux, on voit un minuscule orifice par lequel s'écoule une sérosité grumeleuse de couleur jaunâtre. Ces éléments sont spontanément indolores, et la pression ne provoque qu'une légère douleur. Il est facile en les touchant de se rendre compte de leur fluctuence. Par une pression énergique, on peut arriver à les vider en partie, ce qui occasionne une légère surélévation des nodules voisins. On devine que ces nodules communiquent les uns avec les autres par des trajets sous-cutanés. Cette hypothèse est confirmée par le fait qu'une sonde introduite dans l'orifice du nodule ulcéré peut être enfoncée sous le cuir chevelu jusque sous les éléments voisins. Et par la pression de certains éléments on provoque un écoulement abondant de pus par ce même orifice. Au fond, on a l'impression que dans la région occipitale du cuir chevelu il existe un réseau de canaux plus ou moins entremêlés aux points nodaux desquels il se développe une cavité plus importante qui se traduit à l'extérieur par une saillie hémisphérique. Puisque aucun des traitements indiqués jusqu'ici n'avait donné de résultats, nous avons insisté surtout sur le traitement général. Successivement, cette malade a été traitée par des cures énergiques de sulfamides, des séries de vaccins antipyogènes, et cela sans plus de succès. Vers le début de l'année 1943, la dermatose progresse ; la majorité des nodules anciens s'est perforée et il s'écoule par chacun d'eux un pus abondant et jaunâtre.

C'est alors que nous eûmes recours à la thérapeutique suivante. Sous-anesthésie locale, nous avons ouvert tous les trajets fistuleux et nous avons appliqué sur cette incision des pommades antiseptiques (soufre et oxyde jaune de mercure). Parfois l'épiderme recouvrant le trajet était en partie sphacelé, ce qui facilitait l'opération. Ceci permit d'obtenir au bout de trois mois et demi une guérison complète. Mais au niveau des lésions hémisphériques et des trajets fistuleux, la cicatrice est restée définitivement alopécique.

Un examen bactériologique de l'écoulement purulent a été fait à plusieurs reprises : nous n'avons jamais pu retrouver qu'un staphylocoque doré. Il a été possible de pratiquer un examen histologique d'un débris épidermique recouvrant un des trajets fistuleux : l'épiderme est peu modifié ; dans les papilles dermiques on retrouve un infiltrat de cellules rondes à topographie périvasculaire ; dans la partie moyenne du derme l'infiltrat est plus dense et comprend en outre des cellules épithélioïdes et quelques cellules géantes. Dans la partie profonde du derme, le tissu conjonctif est complètement disloqué et on ne voit plus qu'un magma cellulaire où prédominent les débris de polynucléaires. C'est surtout autour des poils que les lésions sont marquées : les poils sont nettement visibles mais profondément modifiés. Dans la majorité d'entre eux la papille est occupée par une substance homogène dans laquelle on ne

distingue aucun noyau ; la gaîne externe de beaucoup d'autres poils est détruite ; autour de presque tous on voit un infiltrat, riche en polynucléaires et en cellules mononucléées, surtout intense à la périphérie des follicules. On a l'impression que l'inflammation atteint le poil de l'extérieur vers l'intérieur.

Ce cas clinique et histologique est à peu près superposable à celui qui a été rapporté par Hoffmann en 1907. Depuis cette époque, cette affection a été surtout étudiée dans la littérature américaine et allemande. Successivement Ruete, Nobl, Spitzer, Wise et Parkhurst, ont publié de nouveaux cas. Depuis 1922, il a paru des observations plus nombreuses aux États-Unis, mais aucun cas à notre connaissance n'a été publié en France.

D'après l'étude des malades objets de ces différentes observations les caractères de cette affection paraissent nettement définis : c'est une dermatose qui survient à l'âge adulte, se manifestant par l'apparition de nodules de dimensions variant entre la grosseur d'un petit pois et celle d'une amande, de couleur jaunâtre ou violacée. Ces nodules sont reliés entre eux par des ramifications sous-cutanées. Leur évolution, très lente, les amène à s'ouvrir à l'extérieur où après un écoulement purulent, ils aboutissent à une cicatrice alopécique.

Les examens biologiques ne révèlent ni bacilles de Koch, ni champignons. Seuls divers types de staphylocoques et de streptocoques peuvent être retrouvés.

Histologiquement, les lésions prédominent à la partie inférieure du derme et de l'hypoderme; les foyers sont constitués par un amas de polynucléaires dégénérés entourés d'un tissu granulomateux contenant des cellules géantes; ces foyers sont centrés par les papilles des poils qui ne sont envahis que secondairement, les couches externes étant d'abord attaquées.

Wise et Parkhust (*Archives of dermatology*, 1921, t. 1, p. 750) insistent sur le diagnostic différentiel de cette dermatose avec quelques affections folliculaires : acné décalvante de Quinquaud, dermatite folliculaire et périfolliculaire (acné conglobata de Lang). Il ne nous paraît pas utile de discuter longuement ces diagnostics qui sont évidents. L'acné décalvante de Quinquaud débute par quelques petites pustules superficielles qui laissent à leur disparition une alopécie définitive. Cette maladie évolue excentriquement et se présente sous forme de petites taches alopéciques à la bordure desquelles on voit une ou plusieurs rangées de pustules miliaires péripillaires. L'acné conglobata de Lang est un syndrome, qui évolue de façon chronique et survient chez les sujets à peau épaisse sur lesquels apparaissent des groupements de comédons. Ces comédons tombent et on voit se développer à leur place des cicatrices atrophiques.

Barney (*In archives of dermatology and syphilology*, 1931, p. 503) estime qu'il s'agit là de deux affections identiques dont la seule différence tient à la topographie (cuir chevelu pour périfolliculitis, thorax pour l'acné conglobata). Cependant les divergences nous semblent flagrantes et l'histologie nous prouve que dans l'acné conglobata l'inflammation débute par l'orifice pilosébacé, tandis que dans la maladie d'Hoffmann le poil n'est envahi qu'en dernier lieu.

Le diagnostic nous paraît beaucoup plus délicat quand il s'agit d'éliminer certaines gommes du cuir chevelu. Les gommes syphilitiques, surtout lorsqu'elles sont multiples, peuvent se présenter sous un tableau clinique voisin : mêmes tumeurs hémisphériques, mêmes évolutions, mêmes terminaisons par une cicatrice. Mais ce qui permet de différencier la maladie de Hoffmann c'est que outre les signes de syphilis associés (cutanée, viscérale ou humorale) les gommes syphilitiques débutent au niveau des os du crâne dont les altérations sont faciles à reconnaître par la radiographie; les lésions histologiques sont tout à fait particulières et il est exceptionnel que les gommes syphilitiques si elles sont multiples, communiquent entre elles par des trajets sous-cutanées.

Pour les gommes tuberculeuses et mucosiques, elles sont rares dans cette région : leur symptomatologie, leur évolution, leur caractère histologique sont tout à fait éloignés des manifestations de la dermatose de Hoffmann.

Un dernier diagnostic peut se discuter, c'est celui des hypodermites nodulaires pures et chroniques de Gougerot (abcès froid pyogène de Gougerot). Cette hypoder-

mite est constituée par des nodules profonds qui évoluent avec une grande lenteur vers la formation d'un petit abcès froid, dont la ponction ramène du pus homogène riche en polynucléaires contenant des staphylocoques ou des streptocoques. Mais ces éléments ne se développent pas dans le cuir chevelu et il n'est jamais fait mention de trajets sous-cutanés unissant les éléments entre eux.

Ainsi donc la maladie de Hoffmann nous paraît avoir des caractères nettement tranchés permettant d'isoler sa propre personnalité : c'est une pyodermite puisque seuls des pyocoques ont été retrouvés et nous croyons d'autre part qu'en raison de nombreux points communs avec la forme pustulo-végétante en foyer à progression excentrique d'Hallopeau, il semble qu'elle puisse prendre sa place dans le groupe des pyodermites végétantes comme nous l'avons déjà suggéré dans notre article : « Forme clinique des pyodermites végétantes » en collaboration avec M. le Professeur Nanta (*Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, août 1937, p. 610) : évolution chronique et excentrique, présence des trajets minés sous la peau, sécrétion d'un pus jaunâtre contenant des pyocoques, terminaison par une cicatrice au bout de plusieurs mois.

Jusqu'à ces derniers temps la thérapeutique de cette affection était assez décevante et rien n'arrêtait son évolution pendant de longs mois; l'incision des trajets fistuleux comme nous l'avons indiqué, se bornaient à ralentir le processus, les rayons X préconisés par Ruete (*Dermat: Ztscher*, 1913, **20**, 901). L'avènement de la pénicilline paraît avoir nettement modifié le pronostic. Voici les résultats obtenus sur un deuxième malade dont nous nous permettons de rapporter l'observation :

M. Louis L..., âgé de 28 ans, nous est adressé le 11 janvier 1947 pour une dermatose de la région occipitale du cuir chevelu ayant débuté depuis deux mois ; on voit dans cette région quatre nodules jaunâtres fluctuents de la dimension d'un pois, complètement glabres. Par le sommet de l'un d'eux, une légère pression fait sourdre une gouttelette de pus jaunâtre. Sous-anesthésie locale, nous avons ouvert largement tous ces nodules, ce qui nous a permis de nous rendre compte que ces nodules communiquaient entre eux par des sinus que nous avons ouvert également en incisant sur une sonde cannelée. Sur tous ces trajets, nous avons appliqué matin et soir pendant une quinzaine de jours des compresses imbibées de pénicilline à la concentration de 4.000 U. par centimètre cube. Très rapidement ces lésions se sont détergées et une cicatrice a été obtenue en un mois.

Des résultats analogues ont été signalés par des dermatologistes Américains.

A l'heure actuelle, la dermatose d'Hoffmann est nettement précisée au point de vue étiologique, histologique et clinique. La thérapeutique vient de faire un grand progrès grâce à l'intervention de la pénicilline. Cependant nous ne savons rien de sa pathogénie. Les cheveux ne paraissent jouer aucun rôle puisqu'ils ne sont atteints que secondairement; l'absence de toute modification de l'état général, la guérison par des applications *in situ* de pénicilline nous suggère qu'il s'agit d'une affection purement locale dont les caractères sont très heureusement définis par Hoffmann dans les termes de l'appellation qu'il a choisie.

15 observations de pyodermites végétantes locales,

Par MM. J. MARGAROT, J. RAVOIRE et P. CAZALS (Montpellier)

La pyodermite végétante du type Hallopeau, faite de nombreux foyers disséminés, à évolution continue, à progression excentrique et résistant aux traitements, reste discutée en raison de sa rareté, peut-être aussi à cause des erreurs de diagnostic qui en ont parfois obscurci la description. Les formes régionales, plus fréquentes, dont le premier type, un peu spécial d'ailleurs, a été observé par Azua, comportent habituellement un foyer unique, sont rapidement fixées, peu extensives et curables par les antiseptiques. Personne ne conteste leur existence, ni leur importance diagnostique, établie par les graves erreurs auxquelles expose leur

méconnaissance, témoin l'histoire, citée par Ravaut, du chirurgien qui pratiqua l'amputation d'une main, croyant à un épithélioma.

Elles se rencontrent surtout sur le pourtour méditerranéen, en Espagne, dans l'Afrique du Nord, en Italie et dans la France méridionale. Il n'y a donc rien d'étonnant à ce que nous ayons pu en réunir 15 cas en quelques années.

Nous les résumons dans ce qu'ils ont d'essentiel.

Observation I (925 a 40). — B... J..., âgé de 40 ans, admis dans le Service de Dermatologie le 1er mai 1940 présente, depuis 3 mois, des lésions végétantes sur le dos de la main gauche. Elles auraient débuté sous forme de « furoncles » après une piqûre accidentelle non traitée. Elles ont donné lieu à une poussée de lymphangite du membre supérieur qui a nécessité tout d'abord l'hospitalisation dans un service de chirurgie.

Ces lésions sont irrégulières, disséminées sur une base rouge et rappellent quoique d'assez loin une tuberculose verruqueuse.

Un prélèvement bactériologique met en évidence la présence du staphylocoque doré.

Une première biopsie montre « au -dessous d'un épithélium fortement acanthosique un derme dont les vaisseaux sont intacts et qui est infiltré d'éléments inflammatoires divers, plasmocytes, histiocytes, lymphocytes, sans qu'on puisse noter quelque groupement spécifique » (Harant).

Une deuxième biopsie, faite quelques semaines plus tard, met en évidence « une importante acantose avec hyperkératose et processus dyskératosique au sein de l'épithélium malpighien. Les capillaires superficiels sont dilatés sans lésions des parois. Il existe des îlots inflammatoires diffus sans disposition nodulaire nette à base d'histiocytes et de plasmocytes. Les lymphocytes sont rares. On ne trouve pas de cellules géantes » (Harant).

La réaction de Wassermann donne des résultats douteux avec les antigènes lipoïdiques et cholestérinés, la réaction de Kahn est également douteuse, celle de Kline et de Meinicke sont négatives. Seule est positive celle de Hecht-Bauer avec un antigène lipoïdique. Les réactions de déviation du complément pour la tuberculose avec les antigènes de Besredka et de Debains donnent des résultats douteux. L'indice de Vernes à la résorcine est de 24. Une cuti-réaction à la tuberculine semble avoir été positive. Le taux de l'urée sanguine est de 0 gr. 40 o/oo, celui de la glycémie de 0,75. Les urines sont normales.

Malgré certaines incertitudes sérologiques, le diagnostic de pyodermite végétante est porté.

Un large curettage suivi d'une application de permanganate de potasse en poudre et ultérieurement l'électrocoagulation de quelques îlots non détruits permettent d'obtenir la cicatrisation en un mois.

Obs. II (945 a 41). — A... Antoine, 51 ans, est examiné pour la première fois dans le Service le 5 mai 1941.

Ce malade se serait écorché le dos de la main gauche il y a deux mois en manipulant des sacs d'engrais. La plaie s'est étendue et a suppuré sans présenter de tendance à la cicatrisation.

A... qui est cultivateur prétend qu'au cours de son travail il présentait souvent de petites excoriations des mains.

A l'examen, on note sur le dos de la main gauche une perte de substance à bords irréguliers dont le fond est bourgeonnant. A la périphérie la lésion est nettement végétante. Ailleurs d'autres pertes de substance ont un fond suppurant. Sur le reste des téguments de la même région se voient des inégalités de surface, des soulèvements séparés par des sillons. En un point on constate la présence d'une bulle rompue et en d'autres, des traces de collerettes, ce qui fait plutôt penser à une pyodermite végétante qu'à une tuberculose verruqueuse ; les lésions sont molles et friables.

Un prélèvement biopsique montre « une acanthose importante et une infiltration inflammatoire subaiguë du derme sans caractères spécifiques » (Dr Harant).

La cuti-réaction à la tuberculine est négative. Une radiographie du poumon met en évidence une exagération de l'opacité broncho-pulmonaire et des bases sans lésions parenchymateuses.

Les lésions guérissent en deux mois après curettage suivi d'application de permanganate de potasse en poudre et l'électrocoagulation ultérieure de petits îlots non détruits.

Obs. III (1.735 a 42). — D... Roch, 44 ans, est hospitalisé le 17 octobre 1942. Il présente un sycosis du menton et sur la face dorsale de la main droite des lésions ulcé-

reuses et végétantes consécutives à une blessure minime survenue il y a un mois environ.

Le 30 octobre 1942 un prélèvement biopsique est effectué sur le placard du dos de la main. Le résultat de l'examen histologique est le suivant : « en surface, il existe de l'hyperkératose sur un processus important de papillomatose. Dans le derme, on distingue des infiltrats très denses péri-vasculaires et diffus faits d'éléments inflammatoires (amas de pyocytes) sans signe d'inflammation spécifique (Dr Guibert).

D..., qui aurait contracté la syphilis en 1927 et aurait été traité depuis pour cette affection, a des réactions sérologiques entièrement négatives.

Les lésions se cicatrisent en un mois après curettage suivi d'applications de permanganate de potasse en poudre et en solution à 1 pour 50.

Le malade revient dans le service en octobre 1944 pour des lésions similaires siégeant dans les sillons labio-mentonniers et rétro-auriculaires. Une biopsie pratiquée à ce niveau montre « la présence d'un processus lésionnel épidermique avec papillomatose et acanthose géantes et d'un processus dermique d'infiltration lympho-plasmo-histiocytaire sans caractère histologique nettement spécifique » (Dr Guibert).

Le malade quitte le service le 14 novembre 1944 après guérison consécutive à un curettage.

Obs. IV (448 a 43). — V..., Jules, âgé de 57 ans, est admis dans le Service le 24 mars 1943 pour une lésion chronique du dos de la main droite qui aurait débuté il y a 4 mois par un petit furoncle qui n'a pas été soigné.

Un traumatisme provoqué par la chute d'une branche d'arbre aurait même aggravé la maladie. Depuis lors, persiste une suppuration peu importante mais tenace avec tuméfaction légère de la région et adénopathie axillaire.

Malgré un aspect qui évoque un peu celui de l'épithélioma la biopsie confirme la nature inflammatoire de cette lésion par la constatation d'infiltrats lympho-histiocytaires (Dr Guibert).

Le 15 avril on pratique un curettage des lésions.

Le 24 août V... quitte l'hôpital après guérison.

Obs. V (1304 a 43). — B... A., âgé de 42 ans, cultivateur est hospitalisé dans le Service pour des lésions suppurées et végétantes du dos de la main droite.

Il y a 2 mois environ le malade a heurté violemment un mur avec le dos de la main une plaie minime en est résulté qui a suppuré pendant plusieurs jours puis a pris une allure plus torpide et s'est enfin étendue à la totalité du dos de la main.

A l'examen, on constate dans cette région des lésions végétantes étendues avec petits foyers de suppuration.

Le malade présente de nombreuses cicatrices de furoncles sur le dos.

Une première biopsie pratiquée le 31 mai 1943 confirme « la présence d'un processus de pyodermite sans caractères histologiques d'inflammation spécifique ».

Une deuxième faite 15 jours après montre « un processus de papillomatose avec hyperkératose. Il existe des infiltrats dermiques parfois très denses sans signe histologique spécifique. Il n'y a pas de prolifération cellulaire maligne » (Dr Guibert).

Toutes les réactions sérologiques de la syphilis sont négatives. Il en est de même des réactions de déviation du complément pour la tuberculose avec l'antigène de Besredka et de Debains. L'indice de Vernes à la résorcine est de 23.

Un examen des poumons à l'écran radioscopique ne met en évidence aucune anomalie.

Les lésions de la main sont curettées le 23 mai, le 10 juin et le 7 juillet 1943.

Le malade quitte le Service le 24 juillet 1943, complètement guéri.

Obs. VI (1750 a 41). — P... Paul cultivateur, âgé de 57 ans, présente des lésions suppuratives croûteuses et végétantes siégeant sur le cou, la face dorsale des deux poignets, le cou de pied gauche.

Il déclare que depuis une dizaine d'années les lésions du cou évolueraient par poussées, avec rémission complète dans l'intervalle, s'étendant parfois aux poignets et aux coudes.

Le début de la poussée actuelle daterait de plus de 8 mois.

A l'examen, on note la présence sur les poignets de placards ulcéro-croûteux suppurés, d'aspect végétant. Sur la face dorsale des poignets il existe des éléments analogues mais moins étendus. Sur le cou existent aussi des lésions végétantes assez molles bien que d'apparence verruqueuse.

Deux biopsies sont pratiquées à quelques jours d'intervalle.

L'examen histologique d'un premier fragment montre « des lésions d'inflammation

suppurative en certains points du derme, mais avec prédominance en d'autres régions d'éléments histiocytaires.

La seconde biopsie met en évidence une papillomatose intense du revêtement cutané et d'autre part la présence de formations lympho-histiocytaires dans le derme. Il n'existe pas de follicules typiques, pas de cellules géantes (Dr Guibert).

Une intradermo-réaction à la trychophytine est effectuée : son résultat est négatif.

Après quelques jours durant lesquels les pansements au sérum alcoolisé sont appliqués, les lésions s'affaissent.

Le malade quitte le Service au bout de 4 mois après avoir subi deux curettages.

Obs. VII (759 a 37). — C... Aline, âgée de 29 ans, hospitalisée le 22 novembre 1937, présente depuis 1 mois sur la paume de la main droite une petite tuméfaction cornée, de forme hémisphérique, ulcérée en son centre et très dure au toucher. Il existe une adénopathie sous-épithrochléenne et axillaire. Par expression, la lésion donne issue à un liquide séro-hématique dans lequel on ne découvre aucun germe à l'examen microscopique Par contre, l'ensemencement révèle la présence de staphylocoque blanc.

Plusieurs prélèvements biopsiques mettent en évidence « une épaisse couche d'hyperkératose superficielle, au-dessous de laquelle existent des lambeaux malpighiens papillomateux acanthosiques et des territoires dermiques très réduits, infiltrés de globules blancs mononucléaires et polynucléaires avec prédominance des premiers (Dr Guibert).

Les réactions sérologiques de la syphilis se montrent négatives à l'exception de la réaction de Kahn présomptive qui lors d'une analyse a été douteuse et lors d'une autre fortement positive. La réaction de Vernes au péréthynol donne successivement les chiffres de 1 et 3. L'indice de Vernes à la résorcine est de 14. Le taux de l'urée sanguine est de 0 gr. 20 0/00.

Le malade dont la lésion a été traitée par l'électrocoagulation, par des pansements humides et des applications de pommade à l'oxyde jaune de mercure quitte le Service le 20 janvier 1937 après guérison.

Obs. VIII (425 a 43). — V... Henri, mineur âgé de 63 ans, entre à l'hôpital le 19 mars 1940, présente sur le dos de la main gauche une lésion allongée suivant l'axe du membre. Son aspect est végétant, papillomateux. L'expression fait sourdre un pus crémeux. La lésion est souple au toucher.

L'affection aurait débuté il y a 4 mois à la suite d'une blessure par un collier de cheval. La petite plaie qui en est résulté s'est infectée et persiste depuis ce jour.

La biopsie montre des « lésions de papillomatose en surface et dans le derme des infiltrats d'éléments inflammatoires divers, sans caractère spécifique » (Dr Guibert). Plasmomes profonds (Pr Rimbaud).

Toutes les réactions sérologiques de la syphilis sont négatives. Un curettage est effectué suivi de pansements au sérum alcoolisé. Le malade quitte le Service le 17 avril 1944. complètement guéri.

Obs. IX (532 a 43). — G... Fernand, présente sur la face dorsale de l'avant-bras droit 3 lésions consécutives à des éraflures provoquées par des sarments de vigne, datant de un mois. Elles ont débuté par des papules rougeâtres, verruqueuses et croûteuses qui se sont peu à peu agrandies. Actuellement, elles sont nettement saillantes et ont de 3 à 5 centimètres de diamètre. Les contours sont réguliers, nettement délimités. Leur centre est recouvert de croûtes, la pression fait sourdre quelques gouttelettes de pus.

Deux biopsies sont pratiquées au centre de deux lésions différentes. L'une montre un aspect d'hyperkératose et de papillomatose avec infiltrat inflammatoire dans le derme ; l'autre montre en plus une papillomatose très intense paraissant évoluer vers l'épithélioma malpighien métatypique mixte (Dr Guibert).

La seconde ne permet pas de retrouver un aspect histologique comparable à celui de la première. Ici c'est la papillomatose et l'hyperplasie qui dominent et nulle part on ne distingue un aspect épithéliomateux.

Le traitement consiste en de simples pansements au sérum alcoolisé qui sont suivis d'une amélioration nette ; le malade est revu 3 semaines après, les lésions ont diminué d'étendue et leur relief est moins accentué. Un curettage est alors effectué.

Il faut souligner dans cette observation l'intérêt des lésions histologiques : l'hyperplasie épidermique est en effet tellement intense qu'il est difficile histologiquement de voir s'il s'agit d'une papillomatose simple ou d'un épithélioma. C'est ici l'aspect clinique et l'évolution qui ont permis d'écarter ce dernier diagnostic.

Obs. X (1266 à 44). — A... Fernand, est âgé de 57 ans. Il est adressé dans le Service le 30 septembre 1944 pour gale.

Il présente sur les poignets et sur l'avant-bras gauche des lésions d'apparence verruqueuse, recouvertes de croûtes. Elles auraient fait leur apparition il y a 2 mois environ en même temps que les premiers symptômes d'une gale. Elles ont persisté après un traitement antiscabieux. Du côté droit on note une adénopathie sus-épithrochléenne très marquée.

La multiplicité des lésions, leur dispersion, l'évolution de certaines d'entre elles vers la guérison sont bien en faveur du diagnostic de pyodermite végétante. Cependant l'aspect verruqueux, corné même de certains éléments, orienterait plutôt le diagnostic vers la tuberculose verruqueuse.

Le malade, dont la fille a été traitée antérieurement dans le Service pour un lupus érythémateux, a des poumons cliniquement et radiologiquement normaux. La cuti-réaction à la tuberculine est positive. Les réactions de déviation du complément pour la tuberculose sont fortement positives avec l'antigène de Besredka, négative avec celui de Debains. L'indice de Vernes à la résorcine est de 33. Toutes les réactions sérologiques de la syphilis sont négatives.

Un prélèvement biopsique permet de noter « un processus de papillomatose superficielle et d'infiltration dermique par des éléments inflammatoires divers sans aucun caractère histologique d'inflammation spécifique (Dr Guibert).

Le malade est traité par curettage des lésions ; guéri, il quitte l'hôpital le 28 octobre 1944.

Obs. XI (911 a 44). — O... Marie, 52 ans, est hospitalisée le 28 juin 1944. Il y a un an, la malade s'est aperçue que sur sa joue droite apparaissait une petite tuméfaction de coloration rouge dont le volume s'est accru jusqu'à prendre celui d'une noisette. Considérée comme un kyste par le médecin traitant, elle fut incisée, donnant issue, aux dires de Mme O..., d'un liquide séro-hématique et non à du pus.

Cette lésion n'ayant par la suite aucune tendance à la guérison, des séances de radiothérapie furent pratiquées.

En février 1944 la malade est examinée à la Clinique Curie, où l'on pratique une biopsie. L'examen histologique montre « une simple papillomatose avec forte stroma-réaction (Dr Guibert). La radiothérapie de contact est pratiquée sur la lésion sans déterminer d'amélioration.... La malade est alors hospitalisée dans le service de dermatologie.

Un nouveau prélèvement biopsique fait aussitôt met en évidence « des lésions épidermiques de papillomatose avec, dans le derme un infiltrat très dense d'éléments lympho-histiocytaires sans pyocytes » (Dr Guibert).

La malade a des poumons cliniquement et radiologiquement normaux. La cuti-réaction à la tuberculine est positive. La réaction de déviation du complément pour la tuberculose avec l'antigène de Besredka est négative. L'indice de Vernes à la résorcine est de 32.

La malade est traitée par les sulfamides et par des pansements locaux au sérum alcoolisé qui amènent la guérison.

Obs. XII (1024 a 45). — Mme G..., âgée de 53 ans, est hospitalisée dans le Service de Dermatologie le 16 avril 1945 pour des lésions de la main gauche dont le début remonte à 2 mois.

La malade est adressée par le service d'ophtalmologie où elle se trouve en traitement pour dacryocystite.

Lors du premier examen on constate l'existence d'une tuméfaction importante du dos de la main gauche avec végétations et points de suppuration et lymphangite de l'avant-bras.

L'état général est satisfaisant. La cuti-réaction à la tuberculine est négative, ainsi que les réactions sérologiques de la syphilis et les réactions de déviation du complément pour la tuberculose. La réaction de Vernes à la résorcine donne le chiffre 21.

Le 19 avril 1945 la malade est traitée par les sulfamides *per os* et localement par un curettage suivi d'une application de permanganate de potasse en poudre.

Le 8 mai 1945 elle quitte le Service, les lésions étant complètement cicatrisées.

Obs. XIII (682 a 45). — M. S... Clovis, 51 ans, est admis dans le Service de Dermatologie le 1er mars 1945.

L'affection aurait débuté 2 mois avant par l'apparition sur le dos de la main gauche d'un furoncle. Plusieurs éléments semblables se seraient ensuite développés non seulement sur le dos de la main mais aussi sur l'avant-bras. A l'examen, on constate la présence sur le dos de la main d'un placard inflammatoire et végétant de 7 centi-

mètres de longueur et de 6 centimètres de largeur. Entre ces formations végétantes existent de petits cratères purulents centrés par un poil.

L'ensemble a un aspect assez torpide et la cicatrisation paraît entravée par le bourgeonnement exubérant qui entre les points purulents donne au placard l'aspect végétant.

Un prélèvement biopsique fait le 8 mars 1945 montre « des lésions de papillomatose avec infiltrats leucocytaires... sans signes histologiques d'inflammation spécifique ».

Le malade dans les antécédents de qui on ne retrouve aucune affection digne de retenir l'attention a des réactions sérologiques entièrement négatives. L'examen somatique ne donne aucune indication nouvelle.

Les lésions sont curettées et consécutivement traitées par des pansements au sérum alcoolisé, puis par des pulvérisations au moyen d'une solution de permanganate de potasse.

La cicatrisation s'effectue d'abord normalement mais dans les jours qui suivent une récidive sur place se produisant un deuxième curettage est pratiqué. Le malade quitte l'hôpital le 15 avril 1945. Les lésions étant presque complètement cicatrisées.

Obs. XIV (259 a 47). — L... Henri, cultivateur, est admis dans le Service de dermatologie le 10 octobre 1946.

Il y a un an le malade aurait remarqué sur l'avant-bras droit la présence d'un petit élément suppuré. D'autres éléments similaires seraient apparus dont la suppuration peu abondante se serait terminée par l'élimination de bourbillons. L'extension de proche en proche des lésions aurait fini par former un placard qui suppurant peu, aurait rapidement pris un aspect végétant.

Le malade aurait été traité dès l'apparition des lésions par les sulfamides. Trois cures successives auraient été ainsi faites, sans résultats appréciables. Quelques jours avant son entrée à l'hôpital M. L... aurait même remarqué l'apparition de nouvelles lésions sur le tronc.

A l'examen on constate la présence sur la presque totalité de l'avant-bras droit d'un placard où alternent les points de suppuration avec des zones d'aspect végétant. La pression provoque l'issue d'un pus peu abondant.

Sur le tronc du côté droit, existent de petites zones érythémateuses sur lesquelles se développent des pustules staphylococciques. A la périphérie on note une collerette qui permet d'affirmer l'existence antérieure de lésions streptococciques.

Le 17 octobre 1946 un prélèvement biopsique est effectué sur le placard de l'avant-bras.

L'examen biopsique du fragment prélevé montre qu'on se trouve en présence d'un processus de papillomatose épidermique et d'un processus d'infiltration suppurative du derme. Il n'existe en aucun point de signe d'inflammation spécifique.

L'état général du malade est satisfaisant. La cuti-réaction à la tuberculine est négative. Il en est de même des réactions sérologiques de la syphilis pratiquées à deux reprises. La réaction de déviation du complément pour la tuberculose avec l'antigène de Besredka donne un résultats négatif. L'indice de Vernes à la résorcine est de 17. Les urines sont normales.

Au bout de quelques jours pendant lesquels le malade est traité par des applications de compresses de sérum alcoolisé, la pénicillinothérapie est instituée (1 million d'unités) qui détermine une amélioration certaine.

Cependant ce n'est que grâce à plusieurs curettages que les lésions s'affaissent et se cicatrisent.

Le 18 janvier 1947 le malade quitte l'hôpital presque complètement guéri.

Obs. XV (1516 a 47). — M. L..., âgé de 54 ans, originaire de l'Aveyron a présenté au mois de février 1947 des pustules d'impétigo sur la face dorsale de la main droite et des doigts correspondants. Des croûtes se sont formées. La plupart de ces petits foyers ont guéri assez rapidement. L'un d'eux situé sur la main a continué à suppurer et à s'étendre. En mars, des bulles plus larges ont apparu, la main est devenue rouge, douloureuse, s'est enflée. Des végétations ont apparu dans une nappe purulente.

Un traitement récent par la pénicilline a fait disparaître la suppuration, mais il persiste sur le dos de la main deux élevures contiguës ayant chacune 2 à 3 centimètres de diamètre. L'une est faite de larges digitations sous lesquelles on introduit facilement un stylet, l'autre est un simple soulèvement papillaire lisse et légèrement bosselé. Il est admis dans le Service de Dermatologie le 23 mai 1947.

Les réactions sérologiques de la syphilis sont négatives.

Un prélèvement biopsique est pratiqué :

L'examen histologique de deux fragments montre, en surface, un important processus d'hyperkératose, avec bouchons cornés. L'épiderme est fortement papilloma-

teux, parfois acanthosique. On ne voit pas d'infiltrats purulents. Il n'y a pas non plus de follicules pilo-sébacés. Le derme est riche en infiltrats diffus lympho-plasmo-histiocytaires, mais les polynucléaires sont peu nombreux. Un traitement par la pénicilline et les sulfamides en applications locales complété par un curettage ont rapidement débarrassé le malade de ses lésions végétantes.

Dans ces 15 cas, le diagnostic de pyodermite végétante que la clinique permettait déjà de porter ou de soupçonner, est confirmé par la biopsie et contrôlé par la négativité habituelle des réactions sérologiques de la syphilis et de la tuberculose, de la cuti-réaction à la tuberculine ainsi que de la réaction à la résorcine de Vernes.

Nous en dégageons les caractéristiques cliniques générales.

Il s'agit le plus souvent d'un foyer unique ou d'un très petit nombre de foyers voisins les uns des autres. Ce sont alors de petis îlots végétants, distincts, reliés par des lésions de même nature mais de moindre relief.

Le siège des lésions se trouve dans 9 cas sur la face dorsale de la main (Obs. I, II, III, IV, V, VIII, XII, XIII, XV), 4 fois sur le poignet ou l'avant-bras (Obs. VI, IX, X, XIV), dans un cas sur la paume de la main, dans un cas sur la joue.

Le début se fait spontanément ou après un minime traumatisme (Obs. I, II, III, IV, V, IX, X). Il se marque par l'apparition d'une pustule ou d'un soulèvement papulo-pustuleux qui ne tarde pas à s'ulcérer.

Les éléments initiaux ne sont souvent autre chose que des bulles purulentes répondant au type de l'impétigo streptococcique de Tilbury-Fox, associées ou non à des lésions ostio-folliculaires de Bockardt. Dans quelques cas on observe des élevures furonculoïdes ou des furoncles authentiques (Obs. I).

On peut les premiers jours noter une poussée de lymphangite sur la région correspondante (Obs. I). Elle disparaît en deux ou trois jours et il ne persiste qu'une base rouge sur laquelle évolue la lésion initale (Obs. I).

Ces lésions originelles laissent parfois leur trace sous la forme soit d'une collerette épidermique évoquant la rupture d'une bulle, soit de soulèvements papulo-pustuleux sur la bordure. Parfois on voit une ulcération de bords irréguliers, dont le fond s'exhausse et devient végétant (Obs. II).

L'extension se fait soit par apparition d'autres éléments analogues qui confluent, soit par agrandissement de l'ulcération initiale. En général, les deux processus s'associent. Cette évolution est lente, et, peu à peu, apparaissent les végétations.

Au bout de vingt à trente jours, les lésions ont pris leur *aspect définitif*. Elles recouvrent en général le dos de la main ; leurs bords sont rougeâtres, œdématiés, saillants au-dessus de la peau voisine. Les lésions elles-mêmes sont d'aspect varié. Par endroits ce sont des ulcérations recouvertes de croûtes à travers lesquelles on peut exprimer des gouttelettes de pus et qui, enlevées, laissent voir une surface en nid d'abeilles ou framboesiforme, en d'autres ce sont des masses bourgeonnantes de surface inégale, cabossée, de couleur rouge foncée, molles et saignantes (Obs. II), en d'autres endroits enfin, la surface est recouverte par des verrucosités dures, fendillées, prenant parfois un aspect écailleux.

Le prurit manque le plus souvent. Les lésions sont peu douloureuses en général, mais sensibles à la pression.

Les ganglions correspondants sont parfois atteints.

L'histologie met en évidence des altérations que l'on retrouve avec quelques variantes dans toutes les observations.

Le corps muqueux prolifère, d'où hypertrophie des bourgeons interpapillaires (acanthose). Une *papillomatose* importante, poussée à l'extrême, peut simuler un épithélioma. Des globes épidermiques accusent parfois la ressemblance. La couche cornée est fréquemment hypertrophiée (*hyperkératose*) d'où l'aspect verruqueux. Dans quelques cas on note quelques cellules dyskératosiques. Il est enfin fréquent d'observer des micro-abcès intra-épidermiques.

Le *derme* est envahi par des îlots ou des nappes de cellules inflammatoires très diverses, localisées autour des vaisseaux ou infiltrent toute la couche superficielle du derme. Ces éléments sont, selon les cas et selon les endroits examinés de trois types : infiltrats plasmocytaires, les plus fréquents, infiltrats lympho-histiocytaires

et infiltrats à pyocytes. On rencontre souvent quelques nappes de globules rouges extravasés signant de petites hémorragies. Un caractère négatif très important est l'absence de toute formation folliculaire ou giganto-cellulaire : il n'existe pas d'inflammation spécifique. Cependant dans un de nos cas, on notait quelques cellules géantes, du type cellules à corps étrangers, bien différentes des cellules de Langhans.

Dans ces observations aucun cas ne présente une forme franchement épithéliomateuse, sauf un seul. Plusieurs en revanche se caractérisent par des lésions fixes et sèches rappelant la tuberculose verruqueuse (type Gougerot, Bosellini).

Ces aspects spéciaux, qui justifient la division des pyodermites végétantes circonscrites en de nombreux types cliniques auxquels sont attachés les noms de divers auteurs, gardent une grande importance en raison des erreurs de diagnostic auxquels elles exposent, mais ne sauraient entraîner un morcellement descriptif. Ils n'ont rien d'absolu et peuvent d'ailleurs se modifier au cours de l'évolution, au point parfois de se succéder. Ils laissent entière l'unité anatomo-clinique générale du syndrome.

Les germes mis en évidence ont été des streptocoques ou des staphylocoques blancs ou dorés.

Les antiseptiques internes et surtout externes les plus divers ont donné des améliorations remarquables dans tous les cas. La pénicilline a été utilisée chez un seul malade.

D'une façon générale, la médication anti-infectieuse a pour résultat un assèchement rapide de la suppuration et du suintement, un affaissement et une dessiccation plus ou moins marqués des végétations, mais celles-ci ne disparaissent d'une façon définitive que si un curettage intervient. Il est possible que des pansements antiseptiques prolongés pendant plusieurs mois, comme nous l'avons trouvé signalé dans quelques observations, aient eu finalement raison de ces lésions, mais l'intervention précoce du curettage abrège de façon considérable la durée du traitement.

Cette particularité, qui tient sans doute pour une large part au caractère morphologique même des lésions (néoformations épithéliales souvent énormes), n'est peut-être pas cependant sans relations avec la cause inconnue qui confère à ces lésions un caractère végétant.

Dans presque tous les cas, il s'agit d'une infection pyogène initiale due aux germes habituels, conditionnés elle-même souvent par une effraction cutanée traumatique. Les végétations n'apparaissent que postérieurement et dans certains cas ne compliquent pas tous les foyers infectieux, ainsi que plusieurs auteurs ont pu le noter.

On est en droit de se demander dans ces conditions si les pyodermites végétantes ne sont pas le résultat d'une incidence morbide associant à une infection pyococcique banale un processus végétant dû peut-être lui-même à un germe non encore identifié.

Quelques aspects histo-pathologiques des pyodermites végétantes régionales,

Par MM. J. MARGAROT P. RIMBAUD et H. L. GUIBERT (Montpellier)

Au cours des dernières années nous avons eu l'occasion d'observer 15 cas de pyodermites végétantes.

La plupart d'entre elles présentaient des caractères communs; il s'agissait toujours de lésions cliniquement secondaires, c'est-à-dire développées à la suite de traumatismes divers : chocs, piqûres, éraflures, etc.... Dans quelques cas, on a noté des éléments de siège folliculaire, mais assez souvent le début s'est fait par des bulles plates de streptococcie épidermique, auxquelles s'ajoutent parfois des pustules staphylococciques.

Chez 12 malades les manifestations à type végétant siégeaient sur le dos de la

main ou l'avant-bras. Chez trois ou quatre d'entre eux le diagnostic pouvait être discuté avec la tuberculose verruqueuse. Une seule fois l'hypothèse d'un épithélioma fut envisagée.

Ces lésions d'évolution subaiguë (2 à 4 mois) avaient résisté à diverses applications antiseptiques avant l'entrée des malades dans le service. Toutes ont guéri à la suite de larges curettages suivis de poudrages au permanganate de potasse.

A ce monomorphisme relatif des manifestations cliniques s'oppose la diversité des lésions histologiques.

Dans de nombreux cas, on observe les lésions classiques de la pyodermite végétante (fig. 1) acanthose avec papillomatose, état inflammatoire dermique évoluant depuis le micro-abcès jusqu'à l'infiltration continue de cellules lymphoplasmocytaires. Ces derniers éléments peuvent prédominer dans l'infiltration, réalisant l'aspect de véritables plasmomes profonds.

En revanche nous avons été frappés de la rareté des lésions folliculaires, que

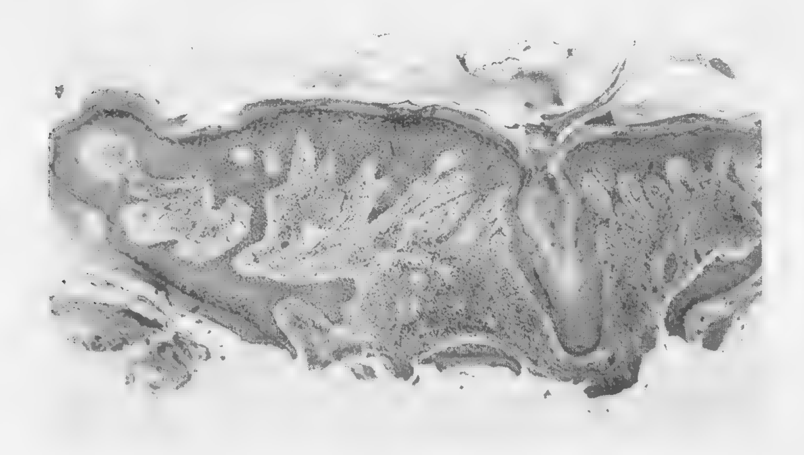


Fig. 1. — Pyodermite végétante typique.

Milian, Sabouraud et Lotte considèrent comme caractéristiques des pyodermites végétantes du type Hallopeau.

La réaction épidermique s'est présentée sous des aspects très divers dont nous apportons quelques exemples.

Sur la figure 2, la lésion ulcérée évoque dans sa partie centrale un épithélioma baso-cellulaire. On constate de nombreux bourgeons à bords effilochés, à cellules atypiques et très basophiles tout à fait comparables à des cellules néoplasiques. Sur les côtés on voit une prolifération malpighienne à type de papillomatose géante, mais typique, à affinité tinctoriale normale, à bords nettement limités.

Sur la figure 3, on constate tout d'abord dans le derme d'importantes productions épidermiques sous forme de boyaux allongés, parfois anastomosés. Au centre d'une masse hyperkératosique on distingue des bourgeons épithéliaux au sein desquels se trouvent des infiltrats inflammatoires évoluant vers le micro-abcès. Ces tubes épithéliaux ont perdu souvent tout contact avec l'épiderme. Ils sont vraisemblablement identiques aux formations analogues qui ont été décrites par Nanta et Bazex et par Fergusson. Toutefois le dermatologiste anglais reconnaît à ces digitations épidermiques une origine presque exclusivement folliculaire.

Nous avons longuement cherché ce point de départ sans réussir à le mettre en évidence. Il nous a paru que ces boyaux épithéliaux avaient pour origine des invaginations épidermiques pénétrant profondément dans le derme.

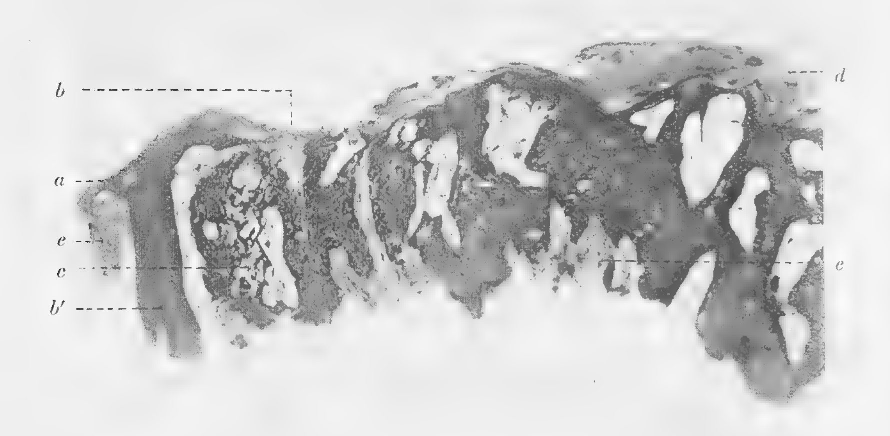


Fig. 2. — L'épiderme *a*, est ulcéré en *b* ; il envoie dans le derme des bourgeons géants, tantôt rectilignes en *b'*, tantôt ramifiés et épaissis comme dans toute la moitié droite de la figure, tantôt enfin, effilochés, réalisant de minces cordons en *c*, donnant l'aspect d'une transformation épithéliomateuse. En *d*, hyperkératose ; en *e*, éléments de stroma-réaction, rares, du reste.

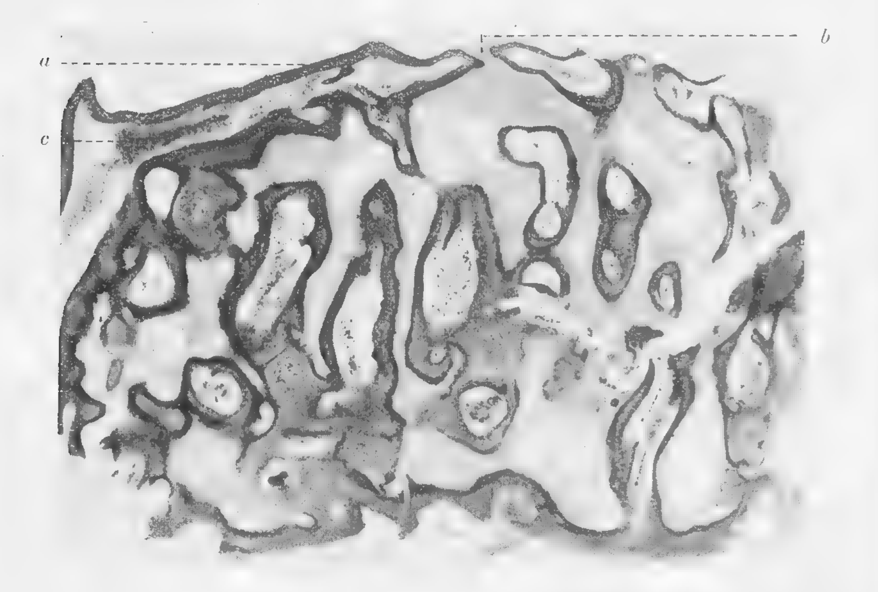


Fig. 3. — Formation intradermique papillomato-hyperkératosique ; l'épiderme aminci et distendu est en *a* ; l'invagination est en *b* ; tout le reste de la figure représente la formation intradermique dont les plages claires constituent les zones d'hyperkératose. Importante stroma-réaction en *c* ; elle est plus discrète dans les autres axes conjonctivo-vasculaires de la formation intradermique.

Sur certaines coupes on constate exclusivement l'image plus classique de végétations épidermiques en surface avec axe conjonctivo-vasculaire. L'infiltration s'étend dans le derme ; elle est particulièrement dense autour des acini sudoripares.

La figure 4 montre nettement des invaginations épidermiques s'accompagnant d'hyperkératose et réalisant en certains points de véritables globes cornés. A faible grossissement l'aspect très faiblement basophile de l'infiltrat pouvait faire croire à une infiltration du type histiocytaire. En fait, il s'agit d'une coloration anormale du collagène probablement en dégénérescence mucoïde.

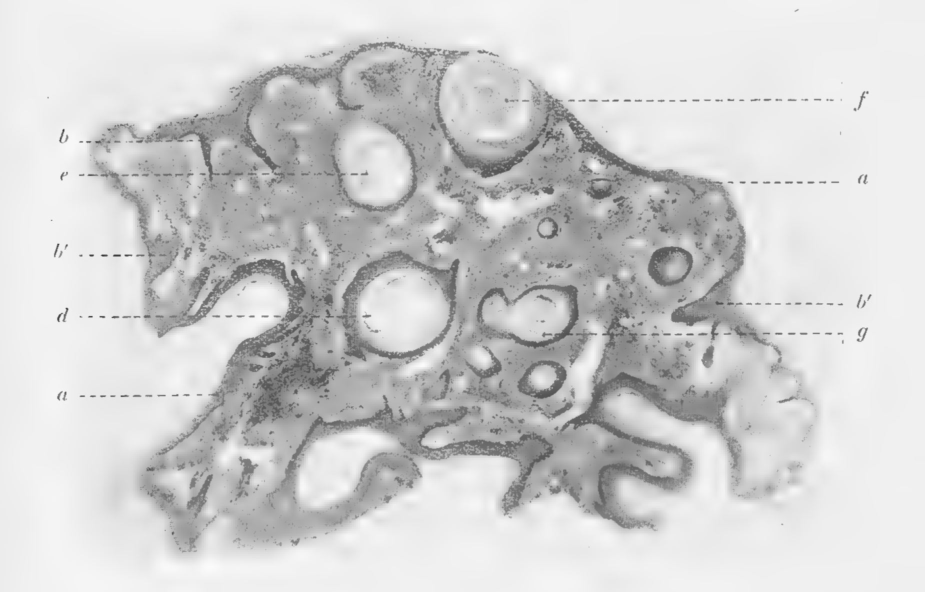


Fig. 4. — L'épiderme *a* est papillomateux en *b*, acanthosique en *b'*, très aminci en *c*. Il constitue des lésions, plus ou moins invaginées *d*, *e*, *f*, *g*, et où siège un tissu hyperkératosique réalisant des bouchons cornés.

Dans l'ensemble l'examen histologique confirme les notions avancées par Azua, Gougerot, Nanta et Bazex, etc....

Plusieurs particularités permettent cependant d'opposer les pyodermites végétantes régionales que nous avons observées aux lésions de la maladie d'Hallopeau.

Celle-ci, d'après Sabouraud, Milian et Lotte, est essentiellement une folliculite suppurée, un véritable sycosis. L'affection est épidermique. Les micro-abcès siègent dans le corps muqueux de Malpighi. Le derme n'est guère modifié que par l'intrusion de digitations épithéliales d'origine folliculaire.

Dans les pyodermites végétantes régionales, que nous avons pu étudier, l'importance des processus épithéliaux va de pair avec des réactions dermiques allant jusqu'à la production de plasmomes. Elle ne paraît pas sous la dépendance d'un processus folliculaire initial.

Le diagnostic différentiel de la pyodermite végétante de Hallopeau, du pemphigus de Neumann et de la dermatite de Duhring-Brocq. A propos d'un cas de pemphigus végétant,

Par MM. J. MARGAROT, P. RIMBAUD et J. RAVOIRE (Montpellier)

P... J..., âgé de 61 ans, de nationalité espagnole, est admis dans le Servide de Dermatologie le 3 septembre 1945 pour des lésions labiales et buccales.

Le malade est adressé par le dispensaire antivénérien de Carcassonne. L'affection aurait débuté en avril 1944 par des ulcérations des gencives, des lèvres, puis des



FIG. 1.

lésions croûteuses dans le nez. Des réactions sérologiques fortement positives ont fait instituer un traitement mixte par le novarsénobenzol et le bismuth. Vers le mois d'août 1944 ; les lésions s'effacent mais reparaissent l'année suivante. Une nouvelle cure mixte est instituée à la suite de laquelle les lésions s'atténuent sans disparaître complètement. Les réactions sérologiques restent positives. Une troisième série d'injections arséno-bismuthiques est pratiquée.

Lors du premier examen du malade, qui ne se rappelle pas avoir constaté d'accident primaire ni d'éruption secondaire, on constate la présence d'une hypertrophie des lèvres qui suppurent, sont recouvertes de croûtes. Des lésions ulcéreuses se voient à l'entrée des fosses nasales : il existe une perforation de la cloison. Sur les gencives se dessine un liseré bismuthique ; sur le voile du palais siègent de multiples élé-

ments circulaires suppurés. La langue est augmentée de volume, mammelonnée à sa surface, avec sur son bord libre des plaques érosives.

En dehors de ces manifestations cutanéo-muqueuses on ne trouve rien à l'examen complet si ce n'est une paralysie cubitale et radiale gauche par blessure de guerre.

L'apyrexie est complète. Le malade est soumis à un traitement local (lavages de bouche, collutoires, électrocoagulation de petits amas végétants des lèvres) et général (vitamines, sulfamides, etc...).

Au cours du mois de septembre, P.. réalise un épisode respiratoire avec crise de dyspnée asthmatiforme qui guérit complètement.

Pendant le mois d'octobre 1945, alors que les éléments qui occupaient la cavité buccale ont en partie disparu, ceux des lèvres envahissent progressivement le menton. Un fragment prélevé par biopsie montre à l'examen histologique « un processus de pyodermite avec papillomatose superficielle sans signe histologique d'inflammation spécifique ». Les réactions sérologiques restent toujours positives. Les urines sont normales. Un examen hématologique montre une anémie avec polynucléose et éosinophilie importante (40 o/o), le myélogramme, une ésosinophilie importante avec légère plasmocytose.

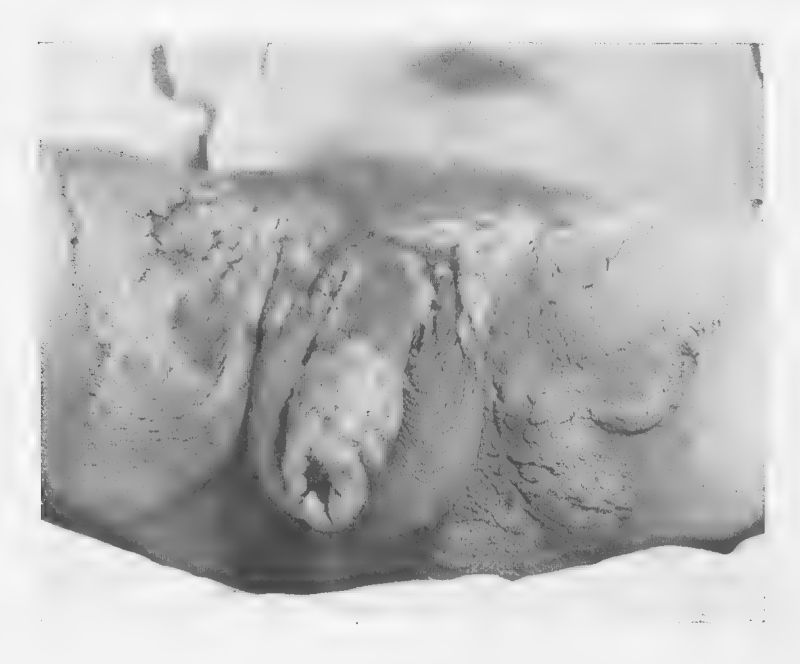


Fig. 2.

Une série d'injections de novarsénobenzol est pratiquée, suivie d'un traitement par la pénicilline : 2.200.000 U. sont injectées. Les lésions des lèvres et du menton restent inchangées. Les poils s'arrachent facilement et sont entourés d'une gangue suppurée.

Le malade signale l'existence d'éléments siégeant sur la cuisse gauche et sur la verge.

Sur la cuisse on constate la présence de deux placards végétants. Sur la verge les lésions intéressent le gland, le sillon balano-préputial, la face interne du fourreau. Identiques à celles des lèvres elles s'accompagnent d'une augmentation de relief importante.

Pour la première fois notre attention est attirée par l'existence en bordure de ces diverses plaques d'un soulèvement bulleux continu difficile à mettre en évidence mais

dont la perforation donne un liquide aussi limpide que de l'eau de roche. Immédiatement en arrière, se dressent des éléments papillomateux exubérants et humides dont l'expression donne issue à un pus jaunâtre.

Pendant les semaines qui vont suivre divers examens sont pratiqués.

1° Les cultures des divers prélèvements sur divers milieux mettent en évidence une levure (blastomycoses), mais celle-ci paraît purement saprophyte et n'a pas été retrouvée par la suite.

2° L'examen histologique d'un fragment prélevé sur la cuisse montre en surface un important processus de papillomatose alors qu'en profondeur on a affaire à un granulome à prédominance de polynucléaires. Les éosinophiles abondent. Certains bulbes pileux sectionnés transversalement montrent un certain degré d'atrophie des couches épithéliales et d'hypergénèse collagène des membranes conjonctives. Il n'existe ni spores, ni signes histologiques d'inflammation spécifique.

3° L'examen histologique d'un ganglion inguinal indique que la structure folliculaire est parfaitement conservée. Il existe une éosinophilie très importante surtout au niveau des sinus, une plasmocytose abondante et une fibrose à point de départ central. On ne trouve pas d'éléments mycosiques.

Au début de l'année 1946 l'affection progresse vers le cou où elle se présente sous la forme d'une surface bosselée dont le relief très accusé élargit considérablement le visage. Un traitement ioduré est mal supporté. La radiothérapie ne donne aucun résultat appréciable.

Au mois de mai on constate une large extension des lésions. A la face, elles intéressent maintenant les contours narinaires et la pointe du nez. Elles occupent également toute la région péri-buccale, s'étendent même jusqu'à 4 centimètres au-dessus de la fourchette sternale. Il existe quelques petits placards aberrants : l'un sur la fosse temporale droite et l'autre sur la nuque, du côté gauche. On note de petits foyers pustulo-végétants à la base du cou. Une localisation nouvelle apparaît sur la dernière phalange de l'index droit. Dans la région génitale les lésions ont gagné en étendue, intéressant les plis inguino-scrotaux et la région anale. Les éléments de la cuisse gauche ont également progressé, occupant une large surface. Enfin est apparue dans le deuxième espace interdigital du pied gauche une ulcération grumeleuse, un peu macérée.

A ce moment l'affection est étendue à de nombreuses régions du corps. Les plis et les surfaces pileuses sont particulièrement atteints.

D'une façon générale, les plaques présentent des aspects successifs suivant les moments de leur évolution : après un premier stade d'éléments papillomateux exhubérants et très humides cerclés d'un soulèvement bulleux souvent difficile à mettre en évidence, les lésions s'étendent et, après un cheminement excentrique de plusieurs centimètres, ralentissent leur progression et se dessèchent. Les végétations, d'abord grises, prennent une teinte brun noir, s'affaissent et deviennent un peu verruqueuses (deuxième stade).

Au cours d'un troisième stade on note la disparition du relief papillomateux, le centre de la plaque se répare : une cicatrice brune très foncée progresse vers la périphérie.

Assez souvent la réparation ne dépasse pas la partie centrale de la plaque ; plus rarement elle est totale ou sub-totale, avec persistance, en un ou deux points de la bordure, de petites saillies résiduelles. Celles-ci, comme d'ailleurs les autres formations papillomateuses sèches incomplètement cicatrisées retrouvent en général leur activité au bout d'un certain temps. Une nouvelle collerette bulleuse apparaît et le processus végétant donne de nouvelles productions exubérantes et humides.

La progression des lésions se fait surtout vers la périphérie, mais peut envahir aussi les plages brunes cicatricielles par un trajet rétrograde.

Il peut arriver également que ces poussées nouvelles se fassent au centre d'un placard verruqueux réalisant une formation papillomateuse plus élevée.

L'état général est relativement conservé malgré l'amaigrissement dû aux difficultés de la mastication et de la déglutition. P... est soumis successivement à divers traitements externes par des pommades à base de colchicine, de pénicilline, etc..., à des cures de sulfamides combinées à des injections de pénicilline, à des séries arsénobismuthiques, à des injections de lipiodol, de Moranyl.

La plupart des traitements, institués à l'exception du Moranyl, qui a été de tous le moins efficace, accélèrent la dessiccation des lésions et font apparaître des plages cicatricielles mais, dès leur interruption ou avant même la fin de la cure, des récidives se produisent soit sur place, soit en des points nouveaux.

Une biopsie pratiquée sous le soulèvement bulleux de la bordure d'une plaque en extension donne la structure d'une bulle intra-épidermique du type pemphigus, mais renfermant à peu près exclusivement des éosinophiles.

D'une façon générale les divers examens histologiques des prélèvements biopsiques effectués à divers moments montrent une importante papillomatose sous laquelle existe un tissu granulomateux avec prédominance des polynucléaires et plus spécialement des éosinophiles. Les follicules pilo-sébacés sont nombreux et hypertrophiés.

A l'heure actuelle on constate une amélioration notable des lésions les plus anciennes qui, devenues plus sèches, sont moins en relief. Malheureusement le processus gagnant progressivement la région occipitale, envahissant les joues, occupe une grande partie de la face et du cuir chevelu. Aucun élément n'a disparu complètement depuis l'entrée de P... dans le Service.

Chez ce malade, dont nous avons abrégé le plus possible la très longue observation, l'existence d'une suppuration associée à un processus végétant, son siège folliculaire, la multiplicité des foyers, la progression excentrique des lésions, leur résistance à toute thérapeutique anti-infectieuse malgré la conservation d'un bon état général semblaient autoriser le diagnostic de pyodermite végétante de Hallopeau, lorsqu'une poussée nouvelle nous a permis de constater l'existence, sur la bordure de certaines plaques, d'un soulèvement bulleux continu de siège intra-épidermique. Son contenu était absolument limpide alors que l'expression des éléments végétants du centre de la plaque donnait un pus jaunâtre.

Cette constatation d'un processus bulleux, uniquement décelable au moment des phases d'activité de la dermatose, nous a fait rejeter formellement le diagnostic de pyodermite végétante de Hallopeau. L'importance de l'éosinophilie locale et générale ont orienté la discussion vers l'hypothèse d'une maladie de Duhring-Brocq végétante ou d'un pemphigus de Neumann. Le caractère rigoureusement intradermique du processus bulleux a permis de conclure en faveur de cette dernière affection en dépit de la constatation d'un bon état général.

La difficulté éprouvée dans ce cas pour découvrir l'origine bulleuse des lésions, leur évolution sous la forme d'un processus suppuré végétant de siège folliculaire soulignent la facilité des erreurs de diagnostic dans certains pemphigus de Neumann et sont de nature à laisser planer un doute sur l'autonomie de la pyodermite végétante de Hallopeau. Cette réserve paraît d'autant plus légitime que des dermatologistes tels que Brocq, Darier et Hallopeau lui-même ont conclu à l'identité des deux maladies.

Sycosis parasitaire devenu végétant au cours d'une cure de pénicilline,

Par MM. J. MARGAROT et G. VALLAT (Montpellier)

P... Raymond, âgé de 50 ans, est admis à la Clinique dermatologique le 21 mars 1947 pour une folliculite de la barbe, occupant la moitié inférieure du visage, sous la forme de plaques d'inégales dimensions, irrégulières de contours, avec des éléments épars à la périphérie des lésions principales faisant penser à un sycosis staphylococcique.

Le malade reçoit 180.000 U. de pénicilline par jour. Il est en même temps soumis à des épilations manuelles et à des pulvérisations.

Après 3 jours de traitement les éléments papulo-pustuleux s'hypertrophient, deviennent tendus, douloureux et confluent en placards végétants hérissés de saillies péripilaires.

Une culture du pus sur milieu de Sabouraud montre des éléments mycéliens du type microïde, appartenant au genre actynomyces.

Un prélèvement biopsique d'un élément papuleux met en évidence un important processus de papillomatose associé à des lésions de suppuration folliculaire.

La pénicilline est suspendue. Une cure de sulfathiazol à doses dégressives est instituée. Une suppuration abondante s'établit. Les éléments végétants s'affaissent et disparaissent progressivement.

Au cours des semaines qui suivent apparaissent successivement diverses manifestations révélatrices d'un terrain hyperergique (eczéma du visage, érysipèle, septicémie avec localisations articulaires et pulmonaires).

La particularité la plus curieuse de cette observation paraît être l'activation focale d'un sycosis parasitaire par la mycothérapie et sa transformation en un sycosis papillomateux.

On pourrait soulever l'hypothèse de l'activation d'autres germes démontrée par les accidents ultérieurs, mais la transformation d'un sycosis, dont les éléments épars faisaient penser à une infection staphylococcique, en des amas de follicules agminés sous la forme d'énormes macarons végétants de contours précis, la facilité avec laquelle le microïde a pu être mis en évidence alors qu'il disparaît en général très vite sont en faveur de l'interprétation que nous avons adoptée.

Elle pose le problème de l'origine mycélienne des processus végétants associés à des suppurations de cause bactérienne.

Prof. Dr K. Gawalovski (Prague). — Les pyodermites végétantes sont actuellement beaucoup plus fréquentes qu'avant la guerre. Je peux confirmer les faits mentionnés par M. Payenneville : nous aussi nous avons vu des impétigo rebelles, se transformant en pyodermites végétantes. Mais, je voudrais aborder une question d'ordre plus général : est-ce qu'on doit chercher la cause de la fréquence élevée de cette tendance actuelle évidente chez les pyodermies (et en même temps chez la syphilis), dans un changement des propriétés biologiques des micro-organismes, ou dans le terrain humain, changé par les événements de guerre : manque de nourriture, manque de vitamines, altérations du système neurovégétatif, etc. ? Quant aux pyodermites, on pourrait même penser au fait, que les propriétés biologiques des pyococci-streptococci-staphylococci ne sont pas, au point de vue bactériologique, étudiées d'une manière aussi approfondie que les pneumococci, dont on connaît déjà une longue série de souches de qualités très différentes. Les syphilides végétantes devenaient chez nous plus fréquentes, en même temps que les formes malignes de la syphilis, c'est-à-dire après les mouvements de grandes masses d'armées et de civils fuyants. Bien entendu, on ne peut pas exclure la possibilité d'importation des souches nouvelles de tréponèmes plus virulents, que les souches « acclimatées » au pays; c'est peut-être un fait analogue aux blennorragies graves, observées partout après la guerre.

DEUXIÈME QUESTION : LA SYPHILIS VÉGÉTANTE

La syphilis végétante,

Par M. P. RIMBAUD (Montpellier)

Malgré l'extrême polymorphisme des manifestations cutanées de la syphilis, on doit cependant reconnaître que en dehors des plaques muqueuses hypertrophiques, les lésions végétantes de nature tréponémique sont des plus rares. Il est certes classique d'objecter que sur le continent européen, et de nos jours, la syphilis abandonne nettement ses caractères dermotropes originels et l'on a coutume d'insister sur l'importance de l'exhubérance des lésions cutanées spécifiques observées dans les diverses colonies françaises. Or en examinant de près les faits, on constate que la syphilis exotique se manifeste surtout par son évolution ulcéreuse, mutilante, cicatricielle, alors que les lésions papillomateuses ou verruqueuses signalées par Lacapère sont également l'exception.

Toutefois, au cours de ces dernières années ont été publiées tant en France qu'à l'étranger des observations très diverses de malades présentant une syphilis à tendance végétante et dont les manifestations ne répondaient parfois à aucun des types les plus habituellement connu.

Leur diagnostic clinique était le plus souvent impossible et dans certains cas même en l'absence de toute confirmation d'ordre biologique seul le critère thérapeutique apportait la signature de l'affection.

Ce sont des faits assez disparates que nous essayons de grouper en quelques types cliniques élémentaires sans méconnaître l'arbitraire d'une telle classification.

L'*accident primaire* syphilitique ne s'accompagne jamais de manifestations végétantes. On a signalé des chancres hypertrophiques, en particulier sur le col de l'utérus, dans la région génitale au cours de la grossesse, sur les lèvres et même la langue (cas de Milian). Mais du point de vue histologique, on observe en réalité une infiltration dermique considérable de cellules lympho-plasmocytaires et non de la papillomatose ou de l'acanthose. Ce sont des chancres papulo-hypertrophiques et non des chancres végétants.

Au cours de la période secondaire au contraire le processus hyperplasique épidermique s'observe fréquemment dans les syphilis papuleuses. Les tréponèmes existent parfois en grand nombre entre les cellules de Malpighi (Levaditi, Ehrmann) en « nids cellulaires » ou dans les micro-abcès remplis de sérosité et de cellules migratrices.

Parfois le derme qui tapisse l'ulcération d'une syphilide papuleuse présente un bourgeonnement hypertrophique qui peut faire une saillie mamelonnée rougeâtre parfois légèrement croûteuse réalisant le type rare de syphilide *frambœsiforme*. On doit vraisemblablement ranger dans ce groupe le cas d'un malade, originaire de la Martinique, présenté par Gougerot et Desmons (11) et chez lequel le diagnostic de pian avait été discuté.

Les plaques muqueuses revêtent dans la région anale et vulvaire des aspects végétants trop classiques pour qu'il soit nécessaire de s'attarder dans leur description. Insistons toutefois sur leur fréquence et leur importance au cours de la syphilis secondaire de la femme enceinte.

On a coutume de considérer ces lésions comme les plus représentatives d'une septicémie tréponémique récente, c'est dire que ces malades ont toujours un Bordet-Wassermann positif.

Aussi nous a-t-il paru intéressant de signaler une observation de Photinos (13) concernant des plaques muqueuses hypertrophiques persistant depuis deux ans avec séro-réactions négatives.

Des syphilides labiales hypertrophiques ont été observées par Gaté et Cuilleret (9) chez une fillette de 3 ans (syphilis acquise) tandis que Cuilleret (4) apportait un cas particulièrement rare de syphilis végétante du pharynx et des lèvres. Gaté et Blondet (10) ont enfin décrit une syphilide végétante dont les éléments simulaient le *molluscum contagiosum* et qui résista par ailleurs à la thérapeutique bismuthique, isolée.

Dans la syphilis maligne précoce, exceptionnelle de nos jours, les manifestations sont exclusivement ulcéreuses et gangréneuses mais jamais végétantes.

Du point de vue histologique on constate en effet un amincissement considérable de l'épiderme avec parfois soulèvement bulleux, lésions qui s'opposent à l'acanthose si fréquente dans la syphilis secondaire classique.

Au cours de la *période tertiaire* on peut isoler trois grands groupes de lésions végétantes : les syphilides ulcéro-végétantes, les syphilides papillomateuses, les syphilides verruqueuses.

a) *Les syphilides ulcéro-végétantes.* — Elles sont consécutives à la fonte de tubercules ou de gommes (lésions tuberculo-ulcéreuses et ulcéro-gommeuses); elles se rencontrent surtout dans les régions velues du corps et également sur les fesses et en marge de l'anus (Observations de Spilmann et plus récemment de Bondet) (2). Le fond de l'ulcération montre un bourgeonnement exhubérant, formé d'une masse molle rosée qui laisse suinter un liquide séreux qui se concentre en croûtes mélicériques autour de la lésion. Ces bourgeons saignent peu et sont à peine douloureux.

Dans un cas de Spilmann et Watrin (18) les éléments évoluaient sur la fesse depuis 6 ans et le diagnostic différentiel avec la tuberculose et les mycoses avait été discuté.

Dans les deux groupes suivants, le processus ulcéreux passe au second plan, il est masqué par la réaction épithéliale qui peut revêtir des aspects papillomateux ou verruqueux.

b) *Les syphilides végétantes papillomateuses.* — Les observations les plus caractéristiques ont été surtout apportées à l'étranger et en particulier en Italie par Sannicandro (17) et par Comel (3). Ce dernier auteur dans un important travail sur le syphiloderme végétant et papillomateux décrit plus particulièrement les lésions du front, du cuir chevelu, de la nuque, imitant par leur aspect la pyodermite végétante. Amibilleck (1) (d'Istamboul) avait également envisagé ce diagnostic à propos de lésions suppuratives et végétantes des pieds chez un hérédo-syphilitique.

Sameck (16) rapporte quatre cas dans lesquels la lésion spécifique revêtait l'aspect de papillomes vulgaires et dont l'identification était pratiquement impossible.

Touraine (20) a également décrit un cas très curieux de syphilides circinées papillomateuses de la verge. La syphilide était exhubérante dans la zone d'extension périphérique pour redevenir cicatricielle au centre. Elle dessinait un bourrelet papillomateux à la racine de l'organe.

On doit enfin envisager l'éventualité de l'*association* d'une lésion tertiaire avec une autre affection dermatologique qui normalement peut devenir végétante.

C'est ainsi que Ferrabouc (5) a décrit une pyodermite végétante du coude sur laquelle s'était greffée une syphilide érosive. On conçoit que l'identification en ait été particulièrement difficile.

L'association syphilis-tuberculose, peut-elle créer une lésion hypertrophique ? Gaté et Treppoz ont décrit une syphilis secondo-tertiaire du nez à forme lupoïde et végétante rappelant par son aspect le lupus tumidus. L'examen histologique révélait des formations tuberculoïdes; les réactions sérologiques étaient forcément positives. Le traitement spécifique amena la guérison des lésions, argument important en faveur de leur nature exclusivement tréponémique.

Or avec le P[r] Margarot nous avons eu l'occasion d'observer il y a quelques années un lupus du nez végétant. Le diagnostic clinique et histologique porté à l'Hôpital Saint-Louis, ne paraissait faire aucun doute, mais les traitements classiques avaient échoué.

L'atteinte de la partie médiane de la lèvre supérieure région qui répond embryologiquement au bourgeon incisif nous orientèrent également vers la coexistence possible de syphilis. Le traitement arsenicobismuthique entraîna la cicatrisation rapide des lésions considérées comme exclusivement lupiques.

c) *Les syphilides verruqueuses.* — Elles sont considérées comme très rares. Cependant au cours de ces dernières années, un certain nombre de cas assez typiques ont été signalés. Ce sont plus souvent des nappes continues papillomateuses et verruqueuses disposées soit en petites plaques, soit le plus souvent en large placard. Elles siègent avec électivité sur les membres: nappes verruqueuses des éminences thénar et hypothénar de Thibault et Lévy Frankael (19); syphilides verruqueuses palmaires géantes de Renault (15); dactylie verruqueuse de Gaté; kératose géante des extrémités digitales de Cuilleret et Philippe; syphilide papillomateuse cornée géante de Fidanza (6); placards hyperkératosiques des genoux de Per (12); syphilides papillomateuses et verruqueuses du talon de Gaté et Michel (8).

Dans un seul cas (José Puente) (14), les lésions papulo-tuberculeuses avec prolifération épithéliomateuses cornées siégeaient sur le visage.

Ces formes d'après Lacapère sont classiques sinon fréquentes chez l'indigène de l'Afrique du Nord.

On conçoit que leur diagnostic s'avère le plus souvent difficile et que l'hypothèse d'une tuberculose verruqueuse ou d'une pyodermite végétante soit en général envisagé. Dans le cas de Cuilleret et Philippe, le Bordet-Wassermann était négatif mais fait surprenant le tréponème peut être décelé dans la sérosité de la lésion.

Nous devons maintenant essayer de préciser quels sont les facteurs qui peuvent expliquer la transformation végétante de certaines lésions syphilitiques.

Nous envisagerons successivement le rôle du tréponème lui-même, des diverses infections surajoutées, des modifications locales ou générales du terrain.

Nous ne pensons pas que l'action exclusive du spirochète soit le facteur prépondérant. Nous savons bien qu'elle fut l'évolution de la syphilis. Lorsqu'elle s'abattit sur l'Europe, elle se manifesta par des accidents extrêmement exhubérants, mais de nos jours, elle a vieilli, elle s'est disciplinée, assagie. A la suite des multiples contacts avec nos agents thérapeutiques le tréponème a perdu progressivement ses affinités dermotropes et on s'expliquerait mal que sa reprise de virulence ne se manifeste que dans quelques cas isolés.

Certes on le retrouve en abondance dans certaines lésions hypertrophiques des muqueuses, alors qu'il est rare dans les lésions exclusivement papuleuses ou tuberculeuses. Mais cette abondance est vraisemblablement liée à la grande vascularisation de ces éléments, ou peut-être à une diminution locale de l'allergie cutanée.

Les *infections microbiennes* surajoutées sont au contraire une des causes les plus fréquentes de la transformation végétante. Les traumatismes, les lésions de grattage consécutives aux infections parasitaires, la macération des lésions sous d'applications locales intempestives, sont le facteur essentiel du dermotropisme apparent des syphilis exotiques. Il est en effet inexact d'affirmer que la syphilis est plus « jeune » sur le continent africain par exemple et qu'elle y conserve ses affinités originelles; par ailleurs, les manifestations pathologiques de l'européen qui s'y est contaminé ne diffèrent pas de celles observées sur notre continent.

Dans nos régions nous connaissons la fréquence des lésions végétantes au niveau des divers plis et le rôle indiscutable des sécrétions locales, sueurs, leucorhées, c'est ainsi que les plaques hypertrophiques muqueuses sont particulièrement fréquentes au cours de la grossesse. A la fin du siècle dernier alors que notre arsenal thérapeutique était encore restreint, il était classique de constater que de simples applications de solutions antiseptiques ou des poudres isolantes réduisaient considérablement de volume les lésions périvulvaires.

Les examens histologiques confirment ces observations cliniques. Civatte a particulièrement été frappé de l'opposition qui existe entre la réaction tuberculoïde dégénérative des syphilides papuleuses cutanées et l'importance du plasmome et des réactions épithéliales des syphilides muqueuses.

Cherchant à expliquer ce fait il écrit « on en est réduit à dire que tout se passe comme si une infection surajoutée venait sur les muqueuses et parfois sur la peau, exagérer la réaction inflammatoire au point de lui donner dans le derme le pas sur la réaction dégénérative en même temps qu'elle provoquerait une prolifération épidermique intense ».

Il existe enfin en dehors des facteurs infectieux des causes favorisantes *locales ou régionales.*

Au cours de la grossesse la tendance végétante s'explique par l'intense vascularisation dont la zone génitale et les régions de voisinage sont le siège. Plus tard s'ajoute la stase veineuse résultant de la compression des vaisseaux pelviens par l'utérus gravide.

Dès que l'utérus est vidé de son contenu on assiste fréquemment et une diminution rapide et spontanée des ulcérations et des grandes nappes condylomateuses.

Les modifications régionales du revêtement cutané peuvent expliquer également la tendance verruqueuse de certaines syphilides tertiaires.

Nous avons vu que celles-ci s'obervaient surtout aux doigts, sur la paume des mains, au talon, c'est-à-dire dans les régions où la couche cornée est particulièrement développée.

Le rôle des traumatismes professionnels n'est pas à négliger, c'est ainsi que le malade de Thibault et Lévy Frankel, qui présentait une syphilide verruqueuse palmaire était forgeron.

Il est enfin un élément dont il faut tenir compte, c'est le facteur « temps »; dans

la plupart des cas rapportés, les lésions étaient anciennes, lentement évolutives, chez des sujets dont la maladie était méconnue.

Nous ne formulerons aucune remarque importante sur le traitement des syphilis végétantes qui toutes réagissent parfaitement à la chimiothérapie.
Les formes papillomateuses sont indiscutablement les plus sensibles et nous avons même signalé les améliorations obtenues autrefois à la suite d'application de substances antiseptiques. Les syphilides verruqueuses paraissent plus résistantes et un traitement local par les préparations salicylées ou résorcinées est un adjuvant utile qui favorise l'exfoliation des formations cornées.

BIBLIOGRAPHIE

1. Amibelek. — *Annales maladies vénériennes*, 6 juin 1939.
2. Bondet. — *Réunion dermatologique de Lyon*, 8 juin 1944.
3. Comel. — *Jour. ital. dermat. et syphil.*, 3 juin 1946.
4. Cuilleret. — *Réunion dermatologique de Lyon*, 14 décembre 1944.
5. Ferrabouc. — *Société française de dermatologie*, 11 avril 1940.
6. Fidanza. — *Rev. Assoc. argent dermato.*, **12**, p. 84.
7. Gaté. — *Réunion dermatologique de Lyon*, 21 novembre 1935.
8. Gaté, Michel et Tiran. — *Réunion dermatologique de Lyon*, 7 décembre 1931.
9. Gaté et Cuilleret. — *Réunion dermatologique de Lyon*, 19 juin 1942.
10. Gaté et Blondet. — *Réunion dermatologique de Lyon*, 19 février 1943
11. Gougerot et Desmont. — *Annales maladies vénériennes*, 2 février 1939.
12. Per. — *Annales maladies vénériennes*, 12 décembre 1929.
13. Photinos. — *Société française de dermatologie*, 13 février 1936.
14. Puente. — *Revista medica latino-america*, 19 août 1931.
15. Renault. — *Société française de dermatologie*, 8 février 1940.
16. Samek. — *Dermatologische Woschenschrift*, 9 janvier 1932.
17. Sannicandro. — *Arch. ital. dermat.*, mars 1937.
18. Spilmann et Watrin. — *Réunion dermatologique de Nancy*, 28 janvier 1939.
19. Thibault et Lévy-Frankael. — *Société française de dermatologie*, 8 novembre 1934.
20. Touraine. — *Société française de dermatologie*, 11 février 1937.

Polymorphisme de certaines lésions cutanées secondaires et tertiaires de la syphilis. Formes pseudo-tumorales, formes végétantes, formes hyperkératosiques,

Par MM. J. GATÉ, P. CUILLERET et P. BONDET (Lyon)

Les A. rapportent *onze observations* recueillies en 20 ans dans un service hospitalier : *3* au cours de la *syphilis secondaire* (un cas de syphilides anormalement végétantes du pharynx; un de syphilides végétantes à forme de *molluscum contagiosum*; un à type de lymphodermie avec micropolyadénopathie, grosse rate, prurit et formule sanguine de leucémie lymphoïde); *3* se rapportent à des *syphilis secondo-tertiaires* (un cas réalisant l'aspect d'un lupus tumidus du nez, un de syphilides ulcéro-végétantes de la marge anale, un cas remarquable où s'observaient des lésions hyperkératosiques géantes des doigts et des orteils); *5* ont été recueillies au cours de la *syphilis tertiaire* (un cas de lésions végétantes sycosiformes de la lèvre, un simulant à la main une pyodermite végétante de Hallopeau, un cas de dactylite verruqueuse, un de papillomatose verruqueuse du talon, un de lésions végétantes et papillomateuses de la main, de l'avant-bras et du pied, ces trois derniers cas pouvant en imposer pour une tuberculose verruqueuse).

Pyodermites végétantes et syphilides végétantes. Observation d'un malade atteint de lésions mixtes associées,

Par le Dr CASABIANCA (Marseille)

Le nommé P... Pierre, âgé de 33 ans, cultivateur, entre dans le Service de dermatologie de l'Hôpital de la Conception le 18 juillet 1946.

Il raconte que la dermatose dont il est atteint a débuté il y a 18 mois environ, par une lésion ulcéreuse siégeant sous la paupière gauche, des dimensions d'une pièce de deux francs.

Cette lésion aurait guéri au bout de quelques semaines, sous l'effet d'un traitement purement local. Puis elle se serait ouverte de nouveau, un mois après environ, pour s'aggraver indéfiniment malgré l'institution de nombreux traitements.

A son arrivée dans le Service, la lésion occupe la plus grande partie de la joue gauche. Les contours, en effet, peuvent être délimités ainsi : angle externe de l'œil, partie antérieure de l'oreille, angle de la mâchoire inférieure, proximité de la commissure labiale, voisinage de l'aile du nez, voisinage de la paupière inférieure.

A part quelques îlots de peau saine qui recouvrent des clapiers purulents, l'aspect de la lésion est celui d'une vaste nappe de gros beougeons charnus, exubérants et végétants, recouverts d'un pus fétide, très épais, très abondant, se reproduisant rapidement après détersion. Autour de cette nappe, on constate la présence d'un bourrelet inflammatoire très surélevé : bourrelet périphérique d'extension, prêt à s'ulcérer, puis à bourgeonner à son tour.

Le malade, qui est intelligent et qui juge la gravité de son mal, est d'autant plus affecté que sa lésion est hideuse, et qu'il ressent des douleurs très vives, parfois intolérables, empêchant tout sommeil.

A part cette lésion principale, on aperçoit sur le dos de la main droite, 4 ulcérations, petites, irrégulières, profondes, violacées, suppuratives, chaudes et douloureuses, d'aspect tuberculo-syphiloïde.

Devant l'aspect de la lésion principale, quatre diagnostics cliniques pouvaient être discutés. Nous avons éliminé successivement le diagnostic d'épithélioma à cause de l'âge du malade et de la rapidité de l'évolution de la lésion, et celui de lupus pour ce dernier motif. L'examen histologique pratiqué, ainsi que l'évolution ultérieure devaient nous donner raison. Restait à choisir entre le diagnostic de pyodermite végétante et celui de syphilides végétantes. La réaction de Bordet-Wassermann ayant été négative, nous éliminâmes la syphilis, et nous portâmes le diagnostic de pyodermites végétantes. De fait, le malade soumis à un simple traitement local (pulvérisations à l'appareil de Lucas Championière, pansements humides au permanganate de potasse ou au sérum de Locke, badigeonnages au mercurochrome) s'améliora très rapidement : le pus devint moins épais, moins abondant, moins fétide, et surtout les bourgeons s'affaissèrent dans une proportion inespérée. Au bout d'un mois, le diagnostic de pyodermite végétante ne semblait pas douteux.

Mais à partir de ce moment, la lésion se fixa, et 15 jours se passèrent sans la plus légère amélioration, sans la moindre cicatrisation. Alors malgré le Bordet-Wasserman négatif, nous décidâmes d'entreprendre un traitement d'épreuve.

Du 5 septembre au 20 octobre, le malade reçut 11 piqûres de Quinby.

Du 10 octobre au 12 novembre, le malade reçut la dose totale de 48 grammes d'iodure de potassium.

Du 14 novembre au 22 décembre, il reçut 12 piqûres de Quinby.

Enfin, du 26 décembre 1946 au 28 janvier 1947, il reçut 32 centigrammes de cyanure en 16 injections.

Or, à partir du moment où le traitement antisyphilitique fut mis en œuvre, l'amélioration de cette grave et vaste lésion se poursuivit tous les jours, et le malade quittait l'hôpital le 1er février 1947, complètement cicatrisé et guéri, malgré l'application intempestive et inopportune d'un topique, dont l'emploi malheureux retarda d'un mois environ la guérison.

*
* *

Que pouvons-nous conclure de cette observation ? Le diagnostic de syphilides végétantes, malgré la réaction sérologique négative, ne semble pas douteux. Mais le malade n'aurait-il pas eu en même temps des pyodermites, autrement dit n'aurait-il pas eu une affection mixte ?

Sans pouvoir l'affirmer catégoriquement, nous croyons avoir le droit légitime de le penser, en nous basant, moins sur la disparition du pus que sur l'affaissement des bourgeons inflammatoires, sous l'effet d'un simple traitement local.

Notre conviction semble confirmée par le fait que, le malade avait été une première fois guéri, toujours sous l'effet d'un simple traitement local.

Et nous émettons l'hypothèse, qui nous paraît logique, que cette première atteinte a pu être une pyodermite sur laquelle le tréponème est venu secondairement se greffer.

De même, nous croyons qu'il est logique de penser que les pyogènes qui ont accompagné l'infection spécifique, ont pu donner à celle-ci un caractère violemment inflammatoire, caractère qui n'est généralement pas le cas de la syphilis tertiaire.

Nous pensons donc, avoir été en présence d'un malade atteint de lésions mixtes associées.

Examen histologique (Pr Paillas)

Réaction papillomateuse extrêmement marquée de la muqueuse malpighienne. Infiltration à cellules rondes du chorion. Aucun signe de malignité ni d'inflammation tuberculeuse sur les fragments examinés.

Deux observations de syphilis végétantes,

Par le Pr-Dr K. GAWALOWSKI (Prague)

Mme V... B..., veuve, 29 ans. Cohabitation suspecte, il y a 6 mois, militaire de passage, inconnu, introuvable. *Lu condylomatosa interdigitatis. Papulæ erosivæ colli uteri.* Le plis entre le 1er et 2e doigt du pied droit est transformé en plaque rouge brunâtre, irrégulièrement ovalaire, aux bords infiltrés, élevés, constitués par des papules de grandeur différente, bourgeonnantes. Le centre montre une rhagade profonde, saignant facilement, partiellement couverte par une pseudomembrane grisâtre. L'affection cause des douleurs très vives. Pas d'exanthème, sauf une érosion irrégulière autour de l'orifice du col, légèrement infiltrée. Tréponèmes ++++, B.-W.R. ++++. Tous les éléments blanchis en 24 jours par 3 gr. 15 d'arsénobenzène et 15 cm3 5 d'hydroxyde de bismuth (= 1-1 Bi métal). Le traitement continue.

Tendance légère au bourgeonnement et l'effet rapide de traitement excluent caractère malin de cette monorécidive cutanée.

Mlle M... S., vendeuse, 25 ans, 4 mois après la dernière cohabitation, source inconnue, folliculite isolée du sourcil gauche ; 3 semaines plus tard une deuxième au front. Sous pommades les deux éléments grandissent lentement. A l'entrée, on trouve 4 papules condylomateuses sur les grandes lèvres, les deux papules du visage, une de 3 centimètres, l'autre de 1 centimètre de diamètre, aux bords d'un brun rougeâtre. Les papules sont couvertes par des croûtes épaisses, de surface irrégulière ; en les enlevant, on voit la surface végétante, divisée en papilles allongées, suintantes légèrement. Dans la sérosité exprimée on trouve des tréponèmes. B.-W. R. ++++. Tandis que les efflorescences guérissent facilement et les tréponèmes disparaissent après la première injection d'arsénobenzène, les séro-réactions sont rebelles jusqu'à la fin de la première série.

TROISIÈME QUESTION : BILAN DES TRAITEMENTS ANTISYPHILITIQUES ACTUELS

Le traitement de la syphilis récente,

Par M. Ch. FLANDIN (Paris)

Le présent rapport n'est, à mon avis, qu'une introduction aux rapports consacrés aux traitements de la syphilis par les différents moyens actuellement à notre disposition. Il a pour but d'établir un plan d'exposition et de discussion.

I. — *Que doit-on entendre par traitement de la syphilis récente ?*

Le traitement à appliquer à la syphilis primaire et secondaire.

1° Dans un but de blanchiment en vue d'une non contagiosité rapide ?

2° Dans un but de stérilisation définitive ou tout au moins de protection contre une évolution ultérieure de syphilis tardive cutanée, viscérale ou nerveuse.

II. — *Que peut-on, pour ces buts, attendre des divers traitements actuellement à notre disposition ? Comment convient-il de les appliquer ?*

Pour juger de l'efficacité d'une thérapeutique, il convient avant tout d'établir des critères de contrôle.

Les possédons-nous ?

En clinique, la guérison des lésions paraît le principal critère. Suffit-il ?

L'expérience a montré, depuis Fournier, qu'il n'en était rien, car des contaminations, à l'époque pré-sérologique, ont prouvé que la guérison apparente n'était pas réelle.

La période sérologique a également prouvé son insuffisance, car des sujets à sérologie négative, ont pu être incriminés de transmission de la syphilis.

La question se pose par conséquent : existe-t-il des tests indiscutables de non contagiosité ?

Théoriquement, beaucoup d'écoles répondent : oui.

Pratiquement, les exceptions paraissent nombreuses.

Nous écrivons volontairement *paraissent*, car chaque cas particulier est susceptible de discussion.

Dans la pratique courante, on peut considérer que le sujet ne présentant aucun signe clinique de syphilis cutanéo-muqueux et ayant des réactions sérologiques négatives n'est pas contagieux.

Du point de vue social, c'est le critérium permettant la mise en circulation, si on peut employer cette expression, d'un syphilitique, c'est celui qui doit être exigé des sujets se livrant à la prostitution, c'est la première étape, utilitaire, de la lutte contre la syphilis.

Mais, ce n'est qu'une étape, et le but du traitement ne doit pas être seulement le blanchiment, mais la mise à l'abri des accidents ultérieurs, cutanés, muqueux, viscéraux, nerveux et la transmission héréditaire, non seulement des accidents syphilitiques, mais encore des tares qui constituent le lourd bagage de l'hérédo-syphilis.

C'est pourquoi le traitement d'attaque de la syphilis à son début a une importance capitale. Le codifier, comme a essayé de le faire le rapport de Périn, pendant l'occupation et, on peut bien le dire, sous l'influence de l'occupant, est une tentative redoutable. La Société de Dermatologie n'a pas hésité à approuver ce

rapport, à le faire sien, malgré les réserves de certains de ses membres qui se refusaient à entériner un schéma autoritaire.

Aujourd'hui, il nous apparaît que les conclusions d'alors étaient trop impératives, trop restrictives.

Il serait fâcheux de leur opposer des propositions imprégnées du même esprit d'autorité ou d'autoritarisme.

En réalité, il faut se souvenir que, pas plus que toute autre maladie, la syphilis n'est une entité intangible; il faut se souvenir que la maladie évolue différemment suivant la nature et les réactions personnelles du sujet qu'elle frappe.

Il faut tenir compte du tréponème avant tout, mais aussi du sujet sur lequel il se développe.

Laissons le traitement standard de la syphilis aux pays totalitaires. Nous, individualistes à l'esprit critique, continuons à adapter le traitement qui conviendra à chacun de nos syphilitiques en nous inspirant de l'aspect et de l'évolution de ses lésions ainsi que de son tempérament et de son état momentané.

Ceci dit, quels sont les moyens actuels à notre disposition pour le traitement d'une syphilis récente et que pouvons-nous en attendre ?

1° *Le mercure.* — C'est le grand remède historique de la syphilis. Ses vapeurs ont fait tomber les dents du duc de Vendôme; en frictions, il a donné de magnifiques résultats et, il y a moins de trente ans, dans certains pays, on faisait des frictions mercurielles aux nouveau-nés en même temps qu'on leur instillait du nitrate d'argent dans les yeux pour éviter l'ophtalmie gonococcique.

Actuellement encore, l'injection intraveineuse de cyanure d'hydrargyre est, pour beaucoup, le prélude obligatoire d'une cure arsenicale.

Il est certain que le cyanure intraveineux est un traitement actif et je connais des malades, n'ayant jamais eu que cette thérapeutique, guéris — si ce mot peut être employé en syphiligraphie — depuis plus de trente ans.

La leuco-réaction de Gouin montre que le mercure est le traitement de choix pour une catégorie de malades.

2° *L'arsenic*, depuis la découverte d'Ehrlich, a transformé l'aspect évolutif de la syphilis. Il a supprimé l'évolution tardive, si bien qu'on ne voit plus de tertiarisme cutané et que la syphilis nerveuse est devenue rare. Par contre, en multipliant les guérisons apparentes, les arsénobenzènes semblent avoir favorisé les syphilis viscérales tardives.

Il ne semble pas que la substitution qui fut tentée récemment des arsénoxydes et des arsénones aux arsénobenzènes et aux composés pentavalents ait été un progrès. L'assujettissement à l'hospitalisation et aux injections quotidiennes n'a eu aucun avantage et a provoqué tant d'accidents qu'à Paris peu de syphiligraphes ont adopté ces méthodes.

La préparation des novarsénobenzènes est délicate et coûteuse. Faut-il attribuer à des erreurs de fabrication les érythrodermies actuellement plus fréquentes qu'autrefois, ainsi que les ictères si nombreux après la guerre précédente ?

Quoiqu'il en soit, beaucoup de médecins renoncent actuellement aux composés arsenicaux à cause des accidents.

Cependant, il convient de reconnaître qu'employés dès le début, à dose forte, — personnellement nous n'hésitons pas, après test à 0 cgr. 15 à injecter 0 cgr. 90 trois jours consécutifs — aucun médicament ne donne un blanchiment clinique et une négativation sérologique aussi rapides et aussi durables.

3° *Le bismuth* est le médicament idéal pour les pusillanimes. Combien d'accidents pourtant ?

La stomatite, si fréquente, les abcès fessiers si pénibles, si mutilants, observés surtout avec les oxydes de bismuth insolubles et aussi les érythrodermies.

Dans les traitements mixtes arséno-bismuthiques, l'érythrodermie est généralement attribuée à l'arsenic. Mais, elle peut survenir au cours du seul traitement bismuthique.

En somme, aucun traitement mercuriel, arsenical, bismuthique n'est exempt d'accidents.

4° *La pénicilline* est le dernier venu des médicaments antisyphilitiques. Il a la vogue des nouveau-venus et on a pu dire à la dernière réunion dermatologique de Strasbourg : le traitement pénicilline-bismuth doit remplacer le traitement arsenic-bismuth. Cet enthousiasme a-t-il des bases sérieuses ? Nous ne le croyons pas.

Si l'on compare les déclarations du Col. Padget en 1944 à celles du Col. Wile l'an dernier, on constate que les Américains, après avoir considéré la pénicilline comme le traitement le plus efficace de la syphilis ne lui attribuent plus qu'un rôle de mordançage vis-à-vis du bismuth.

Et c'est bien ce rôle et ce rôle seul que donne Touraine à la pénicilline en affirmant qu'elle permet l'administration, sans accidents, de doses plus fortes et plus continues de bismuth.

Pour dire qu'une substance a une activité antisyphilitique, il nous semble qu'elle doit, d'une part guérir les lésions cliniques, d'autre part négativer les réactions sérologiques.

Or, la pénicilline ne remplit aucune de ces conditions lorsqu'on l'emploie seule.

Nous avons soumis trois malades à la pénicilline seule : l'un avait un chancre à la période présérologique, le second un chancre avec Bordet-Wassermann positif, le troisième une syphilis secondaire cutanéo-muqueuse.

Ces trois malades ont, pendant quinze jours, reçu chaque jour, par injections faites toutes les trois heures, 1.600.000 U. O. de pénicilline sans aucun résultat clinique ni sérologique.

Dans ces conditions, il semble impossible de dire que la pénicilline est un médicament de la syphilis. Comme contre-épreuve, dès l'institution d'un traitement par le novarsénobenzol, l'évolution vers la guérison s'est faite normalement.

La pénicilline agit sur les stomatites mercurielles ou bismuthiques, c'est entendu, comme sur toutes les associations fuso-spirillaires mais cela ne veut pas dire qu'elle soit active vis-à-vis de la syphilis. Par contre, elle n'a aucune action préventive ou curative sur les érythrodermies.

Il nous paraît donc abusif de considérer la pénicilline comme un traitement de la syphilis récente.

Les Américains, gens pratiques, estiment que son prix de revient est hors de proportion avec les services qu'elle peut rendre dans la lutte antisyphilitique.

Cet ordre de considération peut paraître étranger à la question. Il n'est cependant pas indifférent à l'époque actuelle.

En conclusion, il nous paraît sage d'en rester à l'expérience de ces quarante dernières années.

En sachant manier les arsénobenzènes, le bismuth et le mercure dès le début de l'infection syphilitique suivant l'aspect des lésions et le terrain du malade, en sachant poursuivre le traitement à intervalles convenables, en tenant compte à la fois de l'évolution clinique et de l'évolution sérologique, en évitant les excès thérapeutiques aussi bien que les excès de confiance dans une guérison apparente, nous remplirons notre rôle de médecins et d'hygiénistes, nous mettrons à l'abri nos malades et préviendrons la contagion.

Traitement de la syphilis par la pénicilline.

Par M. A. TZANCK (Paris)

Voici quarante années qu'à nos traitements anciens de la syphilis se sont ajoutés les arsenicaux organiques.

Voici 25 ans que, de plus, nous possédons les sels de bismuth. Des millions d'individus ont été traités et suivis, et cependant il s'en faut que l'accord soit fait sur ces médications.

Aujourd'hui, la pénicilline vient compléter notre arsenal thérapeutique.

Va-t-elle ajouter à notre incertitude et compliquer le problème, ou bien saurons-nous, à cette occasion, mieux résoudre les questions qui se posent à nous.

Dans le présent rapport, nous ne nous proposons pas d'être complet (*) et d'ajouter à la documentation ancienne celle qui s'amoncelle sur le traitement de la syphilis par la pénicilline : nous pensons plus utile de nous borner à développer trois points :

1° des précisions relatives à la pénicilline et à son action dans la syphilis ;
2° une vue d'ensemble du traitement actuel de la syphilis par la pénicilline ;
3° quelques points particuliers en fonction de cette médication nouvelle.

I. — Le médicament

A) Les variétés de pénicilline

Il existe plusieurs types de pénicilline, désignés par les lettres G, F, X et K.

La synthèse n'en a été faite que tout récemment par Vincent du Vigneaud.

La formule empirique est la suivante : $C_9H_{11}O_4SN_2R$.

La substitution au radical R,
d'un groupe benzyl donne la pénicilline G,
d'un groupe *n*-pentenyl donne la pénicilline F,
d'un groupe *p*-hydroxyl-benzyl donne la pénicilline X,
d'un groupe *n*-heptyl donne la pénicilline K.

Du point de vue de leur efficacité, l'expérimentation a donné des résultats divers :

1° *In vitro*. — Selon Libby et Holmberg (1) la pénicilline G est plus active contre le staphylocoque doré et le *bacillus subtilis*, tandis que la pénicilline X est plus active contre le pneumocoque et le streptocoque.

Ory Meads et Finland (2) confirment cette efficacité de la pénicilline X, non seulement en présence des streptocoques hémolytiques et viridans, mais aussi du pneumocoque, du méningocoque et du gonocoque.

2° *In vivo*. — Chesney, Mahoney et Arnold d'une part, Eagle et Musselmann (3) d'autre part, confirmés par les travaux de Cognill, Osterberg et Hazel (4) ont établi que la pénicilline K, qui disparaît rapidement du sang, est de beaucoup la moins efficace. Une heure après l'injection, la teneur sanguine pour K est le quart, et même beaucoup moins que pour G, X ou F.

B) Modes d'administration

L'injection continue intramusculaire ou intraveineuse ; proposée par Turton (5), Lœve (6) pour le traitement de la syphilis, est supplantée par les injections intermittentes qui sont généralement adoptées.

Ory et ses collaborateurs (7) ont montré en effet, que la teneur en pénicilline n'est pas plus élevée dans le sang si l'on utilise la voie endoveineuse. D'ailleurs, une teneur très élevée obtenue par l'injection quotidienne de 3 à 5 millions d'unités durant 1 à 5 jours de suite, s'avère insuffisante dans 50 o/o des cas (8) (Lloyd Jones, Allen et Donaldson).

En ce qui concerne la voie buccale, comme l'avaient déjà établi Levaditi et

(*) On trouvera dans le travail de Moore et Reynolds une remarquable mise au point de la question (*Arch. of internal med.*, novembre-décembre 1946 et janvier 1947).

Waisman, si elle est utilisable pour la blennorragie, elle est actuellement inacceptable pour le traitement de la syphilis.

En se basant sur des considérations théoriques, imperméabilité des méninges pour des doses massives de pénicilline, Schwemlein (9), la voie intrarachidienne a été préconisée, mais Moore et Reynols (11) n'y ont trouvé en pratique aucun avantage et des inconvénients très nombreux.

Le problème s'était d'ailleurs posé de façon très comparable en ce qui concerne les arsénobenzènes.

Pour diminuer le nombre des injections, on a eu recours à la méthode dite de la pénicilline-retard.

Romansky a proposé l'usage de la pénicilline-calcium, à raison de 300.000 U. pour 3 centimètres cubes d'un mélange de cire d'abeille et d'huile d'arachide. Llyód emploie la même dose dans 1 centimètre cube d'huile d'arachide additionnée de 0,50 de sulfate de magnésie. Ces préparations auraient une efficacité suffisante durant 24 à 36 heures.

De leur côté, Durel, Ratner et Siboulet utilisant une solution de polyvinylpyrrolidone, ont obtenu une action moins durable mais qui permet néanmoins de réduire à trois les huit injections nécessaires avec la pénicilline en solution aqueuse.

On conçoit l'intérêt d'ordre pratique qui en résulterait pour le traitement de la syphilis.

C) Tests d'activité

1° *Preuves bactériologiques.* — Frazier et Frieden (14) ont montré que sous l'influence de la pénicilline, le tréponème s'allonge, s'immobilise progressivement et se casse en son milieu; ils pensent voir dans ces modifications une inhibition des fonctions reproductrices du germe.

Besselman et Derom, de leur côté, notent qu'une concentration de 10.000 U. suffit, *in vitro*, à tuer le tréponème en 3 heures (15). Sur le vivant, pour Mac Dermot, une teneur sanguine de 0,078 U. par centimètre cube de sérum, assurerait le rôle tréponémicide de la pénicilline. Une injection de 20.000 U. suffirait à maintenir une telle concentration durant 90 minutes et 40.000 U. durant 120 minutes.

Il est juste de noter que dans les organes peu vascularisés surtout, cette teneur doit être bien moindre.

La disparition du tréponème dans les lésions est obtenue dans les 24 premières heures lors des injections de 40.000 U. toutes les trois heures. Il a pu cependant être exceptionnellement retrouvé après 60 heures.

De même la cicatrisation des lésions elles-mêmes est en tous points comparable à celle observée avec les sels arsenicaux organiques ou le bismuth.

2° *Preuves sérologiques.* — En gros, elles sont de l'ordre de celles qui procurent les autres médications intensives.

On peut dire que si le traitement est institué dès la phase présérologique, la réaction demeure négative le plus souvent. Cependant même si le traitement est institué dès cette période présérologique, le Wassermann demeure moins fréquemment négatif en fin de traitement que pour les cures arséno-bismuthiques (*).

(*) D'après son expérience personnelle qui s'appuie sur plus de 300 cas, le Dr Bellemare pense pouvoir distinguer deux catégories de faits.

A) Les syphilis les plus précoces qui ne donnent pas lieu au crochet thermique de la première journée et dans lesquelles le Wassermann demeure négatif dans plus de 90 o/o des cas en fin de traitement.

B) Les syphilis présérologiques mais déjà plus tardives, où le crochet thermique s'observe avec netteté.

Dans ce cas, le Wassermann n'est négatif en fin de traitement qu'une fois sur deux.

Si la réaction est déjà positive, la négativité peut être obtenue en 5 à 8 semaines, mais les exceptions sont fréquentes.

Pour la période secondaire, les délais sont un peu reculés (deux à trois mois environ). Cependant, en règle générale, pour une syphilis précocement traitée, le Wassermann est négatif au 6e mois.

3° *Preuves cliniques.* — Nous ne considérons pas ici l'action de la pénicilline associée au novar ou au bismuth, mais son influence isolée sur la syphilis.

Au début, comme naguère pour l'arsénothérapie, on avait espéré obtenir sous son influence seule la guérison de la maladie. Cette fois, encore, cet espoir a été déçu et les récidives de plus en plus nombreuses ont surabondamment démontré qu'en dépit de l'usage des doses les plus massives, l'affection momentanément jugulée reprenait souvent son évolution au bout d'un temps plus ou moins long.

D) Accidents et réactions

En regard des avantages que peut comporter la pénicilline, il s'agit de signaler les accidents et les réactions auxquels son usage peut donner lieu.

On peut proclamer que de toutes les médications intensives actuelles, la pénicilline est de beaucoup la mieux tolérée. Ni le foie, ni le rein, ni le sang ne semblent fâcheusement influencés par elle. Pour notre part, nous n'avons jamais jusqu'ici été obligés d'interrompre le traitement pour quelque cause que ce soit.

En dépit de leur répétition, les piqûres sont très bien tolérées. Certaines marques de pénicilline occasionnent des douleurs locales, peut-être dues à des impuretés; elles peuvent être atténuées par l'injection profonde ou par d'adjonction de novocaïne. Mais nous ne saurions parler de toxicité propre à la pénicilline.

Nous distinguerons dans notre étude :

1° *Les manifestations graves.* — On a vu survenir dans le traitement des neurosyphilis, par la pénicilline des crises convulsives, des crises de manie et d'hallucination. S'agit-il de réactions d'Herxheimer des centres nerveux ? Wile aurait observé deux cas mortels. De son côté, Huriez signale un ou deux cas chez des nourrissons. Il n'est pas démontré qu'ils soient imputables à la pénicilline.

Il semble cependant que chez l'enfant les réactions sont plus vives: les troubles digestifs, les vomissements sont beaucoup plus fréquents que chez l'adulte. Ceci justifie une plus grande prudence et un rapport rigoureux entre le poids de l'enfant et la dose de médicament.

Dans le cas de syphilis cardio-vasculaire, il faut également être prudent et rendre le traitement spécifique solidaire du traitement toni-cardiaque.

Signalons les hémorragies utérines qui ont été observées par certains auteurs: nous en reparlerons en étudiant le traitement de la syphilis chez les femmes enceintes.

Les hépatites ictériques signalées par certains auteurs sous forme épidémique relèvent probablement d'une infection « épiphénomène » (souillure de la seringue).

2° *Les incidents réactionnels.* — A) La fièvre. — La réaction fébrile est de beaucoup la plus importante et la plus fréquente des réactions à la pénicilline.

Dans un premier rapport au Ministère de la Santé Publique, nous avions signalé combien nous avions été surpris par la rareté des réactions fébriles au cours du traitement de la syphilis par la pénicilline.

Depuis, grâce à l'expérience de notre collaborateur Gaston Bellemare (de Montréal), nous avons pu faire une étude des réactions fébriles au cours du traitement de la syphilis par la pénicilline. En prenant systématiquement la température, d'heure et heure durant le premier jour du traitement, nous avons constaté entre la 5e et la 8e heure après la première piqûre de pénicilline, que la température s'élevait à 39°, 40° et au-dessus. Ce crochet thermique élevé et brusque ne se répète que tout à fait exceptionnellement le second jour. Cette courbe thermique syphilo-pénicillinique est complètement différente des réactions fébriles à la

pénicilline qui dépassent rarement 38°, qui se reproduisent et qui sont probablement dues à des impuretés ou peut-être à une intolérance à la pénicilline elle-même ou aux facteurs pyrogènes du solvant.

Cette réaction d'Herxheimer fébrile est comparable à celle que l'on voit survenir avec les arsenicaux, mais nous avons eu la possibilité de préciser à son sujet plusieurs points intéressants :

1° Ces réactions sont fréquentes au cours de la syphilis primaire au moment du virage sérologique et au cours des syphilis secondaires récentes. Voici les statistiques communiquées par Bellemare dans des cas personnels et dans les cas suivis dans mon service à l'Hôpital Saint-Louis.

Syphilis primaires séro-négatives, crochet fébrile 50 o/o des cas.

Syphilis primaires séro-positives, 80 o/o des cas.

Syphilis secondaires au début 95 o/o.

Syphilis secondaires plus avancées ou tardives, fièvre relativement rare.

2° Ces réactions fébriles n'ont jamais été observées jusqu'ici dans les cas que nous avons suivis dans les autres formes de syphilis, syphilis gommeuse, syphilis sérologique, syphilis latente. Certains auteurs les ont cependant signalées au cours des syphilis nerveuses, sans cependant préciser les conditions de leur observation.

3° Ces réactions ont été évitées ou fortement diminuées lorsqu'on a fait précéder le traitement à la pénicilline d'une injection quotidienne de cyanure, de mercure pendant trois jours, ou d'une piqûre de bismuth ou d'une piqûre de novar précédant de 48 heures au moins l'injection de la pénicilline.

4° Ces réactions fébriles s'accompagnent parfois d'aggravations passagères des lésions syphilitiques; le chancre devient sensible, la roséole plus apparente et quelquefois le sujet éprouve des maux de tête. Des frissons violents ont pu parfois faire soupçonner à tort un accident palustre.

5° Cette température est passagère, le lendemain, le malade se plaint d'une simple lassitude et si on ne prenait pas cette température toutes les heures, elle risquerait fort de passer inaperçue.

6° Cette température, si impressionnante soit-elle, ne doit pas faire suspendre le traitement par la pénicilline.

7° Ce crochet thermique pénicillo-syphilitique revêt la plus grande importance lors du traitement par la pénicilline de gonococcies en incubation de syphilis.

B) Réactions d'intolérance ou d'allergie. — La pénicilline est susceptible de provoquer les mêmes réactions d'intolérance que les autres produits chimiques ou biologiques.

Mac Closky et W. Smith ont pu provoquer expérimentalement des accidents de cet ordre. On est parfois en présence d'un véritable tableau de maladie sérique : éruption urticarienne, prurit intense, arthralgies et myalgies.

Ces accidents peuvent être immédiats ou tardifs. Ce sont parfois des rashs, le plus souvent des poussées d'urticaire, soit localisées au point d'injection, soit généralisées, ou réalisant parfois l'œdème de Quincke.

D'autres manifestations cutanées peuvent s'observer : érythème polymorphe, ou dermite bulleuse (Doring et Monis). On a aussi décrit des crises d'asthme (Price), des arthralgies, des phénomènes nerveux, etc.... Mais nous insisterons surtout sur les dermites eczémateuses et sur l'érythrodermie à la pénicilline.

Nous avons constaté assez souvent dans les jours qui suivent le début du traitement, des petites poussées d'eczéma des mains et des pieds sous forme de dishydrose. Dans la plupart des cas, on peut déceler des épidermo-mycoses latentes des pieds. Chez un de nos malades, la poussée d'érythrodermie est survenue à la suite d'un traitement d'une mycose par l'alcool iodée, alors que le malade était soumis à la pénicilline.

La pénicilline peut d'ailleurs provoquer des dermites par contact (chez les ouvriers, chez les médecins, chez les infirmières, etc...). Pyle et Rattner ont particulièrement étudié ces dermites à la pénicilline.

Enfin, l'érythrodermie à la pénicilline est tardive. Elle n'a ni l'intensité, ni la gravité des érythrodermies arsenicales ou auriques. Elle guérit rapidement et il

nous est arrivé de continuer la pénicilline sans aucune aggravation, et au contraire, avec une atténuation progressive de la dermite.

Dans ces réactions, nous n'incriminons pas nécessairement les impuretés. Nous pensons que la partie active de la pénicilline peut aussi être responsable de ces réactions de sensibilité individuelle. La pénicilline n'est pas un produit toxique et ceci confirme une fois de plus le rôle important qu'il faut attribuer au terrain dans les accidents de la chimiothérapie.

En bref, nous pouvons nous résumer en répétant que la pénicillothérapie est la plus anodine des médications intensives, et que les réactions relatées, exactement les mêmes que celles que nous a appris à connaître la pratique de la chimiothérapie, sont parmi les moins graves que l'on puisse observer, et qu'au total elles sont négligeables eu égard aux bénéfices que nous sommes en droit d'espérer de cette médication.

*
* *

II. — Les directives générales de la pénicillothérapie dans la syphilis

Un rapport définitif sur le traitement de la syphilis est pour nous prématuré, et cela pour de multiples raisons :

— en premier lieu, le nombre de cas traités en France est infime en regard des statistiques américaines;

— en second lieu, même si nous disposions d'un nombre aussi important d'observations, le recul de temps, indispensable en pareille matière, nous ferait complètement défaut, tout comme aux auteurs anglo-saxons eux-mêmes;

— de plus, l'appréciation des résultats obtenus est très malaisée. Certaines syphilis étant susceptibles de s'atténuer d'elles-mêmes en l'absence de médications, d'autres se montrant résistantes aux traitements les plus énergiques.

Par ailleurs, pour apprécier les résultats, il n'est point à l'heure actuelle de critérium de guérison.

Enfin les traitements proposés actuellement sont tellement disparates qu'il est difficile de comparer les observations.

Cependant il nous a semblé impossible de nous dérober à un essai de cet ordre, et cela pour deux raisons.

D'une part, le retentissement fait autour de cette question est tel que des idées erronées et même dangereuses peuvent se répandre, telle celle de la syphilis guérissant à la suite d'une semaine de traitement par la pénicilline.

D'autre part, à la réflexion, en dépit du caractère limité de notre expérience, nous ne sommes cependant pas dépourvus d'éléments valables de jugement.

En effet, depuis trente années, d'autres médicaments se sont succédés; ils ont posé les mêmes problèmes. Ce sont eux que dans cette expérience, même limitée, nous avons pu aborder. Chacune de nos observations étant à même de répondre à l'une des questions précises que nous posions. Car, si notre expérience ne porte que sur quelques cas retenus (une centaine environ), la plupart de ces cas concerne des faits bien particuliers.

En effet les ordres donnés par le Ministère, lorsque la pénicilline a été mise à notre disposition, restreignaient son usage aux seules maladies pour lesquelles les traitements actuels s'étaient montrés insuffisants ou dangereux.

C'est ainsi que notre statistique porte surtout sur :

1° Les femmes enceintes chez lesquelles on sait la facilité avec laquelle surviennent les accidents de l'arsénothérapie;

2° Les sujets d'emblée intolérants à l'arsenic;

3° Les prisonniers, déportés, débilités, tarés;

4° Les sujets résistant aux traitements usuels (lésions cliniques rebelles, Wassermann irréductibles);

5° Ce n'est que récemment que nous nous sommes crus autorisés à traiter les cas classiques.

Pour la dose, nous avons adopté d'emblée celle à laquelle s'étaient ralliés les auteurs américains. Soit 2.400.000 à 2.600.000 U., encore que tout nous porte à penser que des doses bien plus considérables seront utilisées à l'avenir.

Afin de maintenir dans le sang la concentration désirée, la pénicilline est injectée à raison de 40.000 U. toutes les trois heures.

Le point délicat était de décider si la pénicilline serait injectée isolément ou associée à une autre médication.

La lecture des travaux américains nous fixa très vite à ce sujet. En effet, l'expérience faite avec ce médicament nouveau était superposable à celle que nous avons vécue lors de l'avènement de l'arsénothérapie.

Beaucoup d'entre vous se souviennent de cette année 1911 où l'on signala de toutes parts des réinfections et où l'on en concluait à l'efficacité miraculeuse du salvarsan. Il s'agissait en réalité d'autant de rechutes; la syphilis n'avait, en effet, été que jugulée momentanément. C'est exactement ce qu'on constate actuellement dans la documentation américaine où l'on trouve des chiffres de 15 à 20 o/o de rechutes (Moore de Baltimore, Mahoney, Schwartz, Sternberg).

On se souvient également de ces chiffres impressionnants de neuro-récidives, hépato-récidives, etc.... C'est également ce qu'on peut observer avec des traitements pénicilliniques non suivis de cures de consolidation.

Pour toutes ces raisons, laissant aux Américains la poursuite de leur expérience par la pénicillinothérapie isolée, nous avons opté pour la combinaison pénicilline-bismuth. Notre confiance dans le bismuth, que nous avons exprimée dès 1923 avec Léri et Péron (13) n'a fait que se renforcer depuis cette époque.

Nous nous sommes également opposés aux auteurs américains qui proposent l'association pénicilline, arsénone, bismuth (dite 5-12-3) (*), parce qu'il n'est point de thérapeutique arsenicale qui, à l'heure actuelle, soit absolument exempte de danger, alors que c'est pour leur innocuité autant que pour leur efficacité que la pénicilline, comme le bismuth, nous semblent appelés à prendre une place privilégiée dans la thérapeutique antisyphilitique.

Celle-ci a été instituée par la voie intramusculaire à raison de 40.000 U. toutes les trois heures, de nuit comme de jour. La première série de bismuth étant entreprise d'emblée, les injections intramusculaires étant pratiquées trois fois par semaine, commençant souvent même la veille de la cure pénicillinique. Ces cures bismuthiques devant être poursuivies pendant deux années.

Notre expérience porte actuellement sur plus de 200 cas traités, avec un recul de 18 mois au maximum : ni ce nombre, ni ce temps ne nous permettent évidemment d'apporter des conclusions rigoureuses.

Et cependant, il nous semble que cette expérience n'est pas sans valeur si on adopte une méthode de travail un peu particulière.

Il est en effet deux manières de procéder en pareille matière, l'une consiste à réunir des statistiques impressionnantes, l'autre consiste à poser des questions précises et à n'attendre des faits qu'une confirmation ou une réfutation.

La méthode des statistiques est singulièrement décevante. Nous n'avons qu'à considérer où nous en sommes actuellement, dans la comparaison des traitements arsenicaux ou bismuthiques, où, après vingt ans de discussion, nous demeurons les uns et les autres sur nos positions; il suffit de se rapporter à ce sujet aux discussions les plus récentes de la Société de Syphiligraphie.

L'autre méthode est celle que, hâtivement, nous avons été obligés de suivre.

(*) Par ailleurs, signalons que les auteurs américains employant le mapharsen original et la pénicilline, insistent d'une part sur la grande innocuité de ce composé arsenical, et d'autre part, sur la grande activité de cette synergie médicamenteuse (Eagle et coll. *J. Neu. dis. inform.*, **27**, 3 janvier 1946).

Hâtivement en apparence seulement, car les questions précises que nous étions en droit de nous poser, trente ans d'études des antisyphilitiques nous y avaient préparé (*).

Elle est valable non seulement pour la pénicilline, mais elle l'est tout autant pour l'ensemble des problèmes que nous pose le traitement de la syphilis.

C'est cette méthode que nous avons adoptée dans le présent rapport; elle nous permet de résumer, à titre de directives, les conclusions suivantes que nous avons déjà formulées ailleurs (14).

1° *Pas plus qu'avec les arsenicaux, la* therapia sterilisans magna *n'est obtenue;*
2° *Même aux doses de 2.400.000 U., même au delà, la pénicilline ne suffit pas à procurer la guérison;*
3° *Pour le traitement d'assaut, la pénicilline s'est montrée égale ou supérieure à toutes autres médications;*
4° *Elle peut réussir là où les autres thérapeutiques ont échoué, mais l'inverse n'est pas exclu;*
5° *La pénicilline ne présente pas, à beaucoup près, les dangers de la médication arsenicale;*
6° *C'est l'association pénicilline-bismuth qui semble offrir à la fois :*
la plus grande efficacité,
la plus grande sécurité pour l'avenir,
la plus grande innocuité;
7° *La pénicilline ne se substitue pas au bismuth pour le traitement d'entretien, mais peut-être aux arsenicaux pour le traitement d'assaut.*

En résumé, pour limitée que soit notre expérience personnelle, elle nous permet déjà de répondre à un certain nombre de questions fondamentales.

Ainsi, après avoir hésité à réunir les éléments de ce rapport, nous avons l'impression que les résultats obtenus en si peu de temps sont cependant pleins d'enseignements.

*
* *

III. — Problèmes particuliers

Jusqu'à présent nous avons parlé de la syphilis comme s'il s'agissait d'une entité toujours comparable à elle-même alors que dans la pratique il existe tous les degrés entre le malade qui guérit à la longue et ne présente aucune complication en

(*) Qu'il nous suffise de rappeler qu'en 1913, alors interne de Darier, nous avons institué toute une série de traitements différents afin de chercher à déterminer par une observation de nombreuses années, quel serait le mode de traitement le plus efficace.

En dépit du recul qui, dans ce cas, nous paraît suffisant puisqu'il nous a été possible de retrouver un grand nombre de malades entrepris dès cette époque, cet effort ne nous a rien apporté qui soit décisif.

Inversement, en 1927, changeant délibérément notre façon de faire, nous nous sommes attachés à déterminer non plus le traitement le plus efficace, mais tout au contraire ceux qui se sont montrés inopérants ; il nous a été possible de préciser un certain nombre de points.

C'est ainsi que sur 10.000 fiches dépouillées à la consultation du soir de l'Hôpital Saint-Antoine, avec nos assistants E. Sidi et Pautrat (20), il nous a été permis de réunir 47 cas de Wassermann irréductible ; aucun d'eux ne concernait une syphilis traitée précocement et régulièrement par l'un des traitements, reconnus efficaces (novarsénobenzol ou bismuth isolés ou associés). Tous, au contraire, se rapportaient soit à des traitements insuffisants ou insuffisamment prolongés (4 ans), soit à des traitements institués trop tardivement, après la période secondaire, ils se rapportaient à ce que nous considérons actuellement comme des syphilis invétérées.

l'absence de tout traitement et celui qui en dépit de médications méthodiques, intensives et variées ne se trouve pas à l'abri des conséquences les plus redoutables de la syphilis.

Faut-il dès lors dans la crainte de cette éventualité intensifier notre rigueur thérapeutique dans tous les cas. Par ailleurs nos thérapeutiques n'étant pas totalement anodines ne faisons-nous pas courir plus de risques au malade par ces traitements surabondants, que du fait de la maladie elle-même.

Il y a donc des questions d'espèce et l'on devrait distinguer les syphilis aisément curables de celles qui ne le sont pas, malheureusement la chose est impossible en l'absence de critères de guérison.

Ni l'absence de lésion, ni leur disparition rapide sous l'influence du traitement, ni l'intégrité des réactions sérologiques, ni l'intégrité du liquide céphalo-rachidien, ne comportent de valeur absolue. Aussi est-ce un leurre de fonder nos espoirs sur ces données négatives.

Cependant si leur absence n'indique pas la guérison, leur persistance, elle, établit la réalité de l'infection, et dans ce cas particulier l'insuffisance manifeste du traitement.

C'est précisément là ce qui, dès 1935, nous amena (avec E. Sidi et Pautrat) à déterminer les circonstances où la plupart de nos traitements actuels pouvaient se montrer inopérants.

Ceci nous amène à proposer une première discrimination entre les *syphilis précoces et communes* d'une part et les *syphilis invétérées* d'autre part.

Nous étudierons ces deux premières divisions, puis nous passerons en revue quelques cas plus particuliers.

1° Traitement des syphilis précoces et communes. — En l'état actuel de nos connaissances et à la condition que nous nous trouvions en possession d'une pénicilline efficace nous proposerions :

Une cure pénicillinique de 2.400.000 U. O. en piqûres de 40.000 U. toutes les trois heures simultanément serait institué un traitement bismuthique à raison de trois injections par semaine (18 injections pour la 1re série) et tant que la sérologie n'est pas négative. A partir de ce moment, séries de 12 injections avec intervalles de repos de un mois durant un an et demi.

Le grand problème dans ces cas est en effet celui de la rigueur thérapeutique.
Devons-nous comme par le passé exiger six ans de traitement;
Interdire le mariage avant cette date;
Multiplier les ponctions lombaires de contrôle;
Devons-nous traiter systématiquement le conjoint;
Devons-nous traiter les enfants des syphilitiques.
Ces règles aujourd'hui méritent d'être revisées.

C'est ainsi que pour ma part j'ai renoncé à la pratique de la ponction lombaire lorsque le traitement institué dès le début était régulièrement suivi.

C'est ainsi que j'ai renoncé à traiter les enfants de syphilitiques correctement soignés.

Je ne connais même pas de cas de contagion par des malades intensément traités depuis au moins un mois.

C'est pour ces raisons que, sous réserve de vérifications ultérieures, nous formulons des directives, peut-être exagérées en sens inverse cette fois.

Seul l'avenir nous permettra une plus juste appréciation des dangers encourus du fait de la syphilis ou de traitements excessifs.

2° Traitement des syphilis tardives ou invétérées. — Nous comprenons dans cette classe les syphilis tardivement reconnues, à l'occasion d'une lésion syphilitique, ou du fait d'une sérologie positive considérée valable, ou encore en présence d'une syphilis précoce résistante au traitement, ou encore lorsqu'après six mois de traitement la sérologie demeure positive.

Dans toutes ces circonstances où l'on s'écarte des conditions habituelles, il semble, d'une part, que l'on doive s'assurer le concours des autres médications (arsenic, mercure, iodure, pyrétothérapie) et d'autre part, que toute la rigueur autrefois réclamée retrouve toute sa valeur en présence de ces syphilis invétérées.

Lors d'une syphilis révélée par sa seule sérologie, il ne nous semble pas qu'il y ait lieu de recourir aux médications d'assaut, et le seul traitement bismuthique est parfaitement suffisant, à raison de quatre années de séries de 12 injections séparées par des intervalles de 1 mois la première année, de 2 mois la deuxième année, de 3 mois la troisième année, de 4 mois la quatrième année, sitot que la sérologie aura été réduite.

Les autres thérapeutiques n'intervenant que si la sérologie s'avère résistante. Et dans ce cas la pénicilline peut donner d'intéressants résultats, mais ils sont irréguliers et souvent insuffisants.

Les quelques cas que nous avons étudiés de *syphilis tertiaire* cutanées, des lésions scléro-gommeuse de la langue, ont été influencés très favorablement par la cure de pénicilline; cependant, dans deux cas de syphilis tertiaire du voile du palais, le traitement à la pénicilline a peu influencé les lésions. Ce sont les séries prolongées de bismuth et l'association d'iodure de potassium qui nous ont permis d'obtenir dans ces cas la guérison.

Syphilis nerveuses. — Notre propre expérience est trop restreinte pour nous permettre de généraliser, nous n'avons traité que 5 tabétiques, 2 paralysies générales et une méningite syphilitique.

Dans les cas de paralysie générale, la pénicilline a produit très peu de changement. Dans un des cas, une très légère amélioration des troubles psychiques. Dans les cas de tabès, l'action sur les signes cliniques a été rapide et intéressante, particulièrement sur les douleurs fulgurantes. Sur le liquide céphalo-rachidien, nous avons presque toujours obtenu une amélioration notable de la lymphocytose et de l'albumine. Chez un tabétique évolutif n'ayant jamais été traité auparavant, ne pouvant presque plus marcher, les signes cliniques ont rapidement cédé et il a pu reprendre ses occupations. Le liquide céphalo-rachidien fut complètement modifié, le Bordet-Wassermann négativé dans le sang et dans le liquide céphalo-rachidien. Mais six mois après, malgré un traitement bismuthique et au sulfarsénol, le Bordet-Wassermann devient positif, l'état du malade s'aggrave. Une fois encore, la cure de pénicilline améliore considérablement le malade qui reprend du poids, mais le Bordet-Wassermann reste positif.

La littérature médicale ne nous fournit que peu d'éléments complémentaires.

Sérologie résistante. — Huit cas de syphilis résistante ayant un Bordet-Wassermann irréductible après 3 à 4 ans de traitement régulier, ont été soumis à la cure de pénicilline. Six cas n'ont pas été influencés, dans un cas le Bordet-Wassermann a été négativé pendant trois mois, dans un autre cas seulement le Bordet-Wassermann est négatif après une surveillance d'un an (syphilis héréditaire). Signalons enfin que dans un cas de sérologie toujours partiellement positive, la cure de pénicilline a rendu le Bordet-Wassermann fortement positif.

Syphilis résistante au bismuth et à l'arsenic. — Nous avons eu deux cas de syphilis tertiaire chimio-résistante et qui ont cédé à la pénicilline. Néanmoins, les sérologies, après une amélioration passagère, sont redevenues positives. Nous nous proposons de faire chez ces malades, à titre d'étude, plusieurs cures de pénicilline par an. Dans d'autres manifestations de syphilis, la pénicilline semble avoir eu une action peu nette. Dans 3 cas de kératite, deux n'ont pas été influencés, un a été légèrement amélioré, mais ce traitement semble inférieur au cyanure de mercure. Une périostite syphilitique ancienne ne cédant pas au traitement classique, n'a pas été influencée par la pénicilline.

Syphilis intolérante à toute médication. — Nous avons traité à la pénicilline des malades présentant des signes graves d'intolérance à l'arsenic et au bismuth. Dans un cas d'ictère arsenical et de colite au bismuth, la pénicilline a été le seul traitement. La sérologie se maintient négative après deux cures de pénicilline par an.

Sur la stomatite bismuthique, la pénicilline semble avoir une action particulièrement favorable (Touraine).

L'action de la pénicilline sur l'érythrodermie arsenicale est discutée. M. Gougerot a rapporté un cas d'érythrodermie traité tout au début par la pénicilline, ce qui ne l'a pas empêché d'évoluer malgré plus de 4 millions d'unités de pénicilline.

3° Pénicilline et grossesse. — Le traitement de la syphilis des femmes enceintes représente l'un des points les plus discutés.

C'est en cas de grossesse que l'encéphalopathie arsenicale est la plus fréquente, aussi l'arsenic doit-il être proscrit dans ces circonstances.

Tout au début, en raison des métrorragies rapportées à la suite de la pénicilline, on a pensé que celle-ci devait être évitée en cas de grossesse. Expérimentalement, en effet, la pénicilline agit directement sur la contractilité utérine et est susceptible de hâter l'apparition des règles.

Nous l'avons néanmoins employée, et à très fortes doses, chez les femmes enceintes qui ont été hospitalisées dans notre service. Nous n'avons observé ni coliques utérines, ni hémorragies d'aucune sorte, mais seulement chez les femmes non gravides nous avons pu vérifier un certain effet emménagogue.

Les résultats ont été en tous points excellents, et les enfants nés des femmes traitées dans notre service ont tous présenté un excellent aspect physique à la naissance; un placenta normal en poids, en couleur et en consistance, une sérologie normale dans le sang du cordon.

Syphilis neo-natorum. — Chez les nouveau-nés, des cas de mort ont été publiés et attribués à la pénicilline. Certains auteurs incriminent les doses trop fortes du médicament et attribuent ces décès à des réactions d'Herxheimer. Ils conseillent de n'employer, chez le nouveau-né, la pénicilline qu'à des doses de prudence. Ici encore, nous manquons de documents détaillés et il serait important d'apprécier l'état véritable des enfants soumis au traitement, et dont certains sont peut-être morts malgré le traitement et non à cause du traitement. Chez des nouveau-nés, malades mais apparemment bien constitués, il semble qu'on pourrait reprendre le traitement pénicilline à bonne dose. Chez tous les enfants sortis du premier âge où nous l'avons employé ou vu employer, il a toujours été admirablement toléré et son efficacité a été constante.

Syphilis acquise de l'enfance. — Nous avons traité trois cas de syphilis secondaire chez les enfants entre 6 et 12 ans en suivant le même schéma thérapeutique. Dans deux cas, 1.600.000 U. de pénicilline plus bismuth. Les manifestations syphilitiques, les plaques muqueuses ont été très lentes à disparaître. Chez un enfant de 12 ans, une cure de 2.400.000 U. a été instituée sans aucun incident. Toutes les publications étrangères s'accordent sur ce point.

IV

L'innocuité de la pénicilline paraît en faire le médicament de choix des débilités et des tarés.

Les tares viscérales, *parenchymateuses* sont celles où le médicament trouve sa meilleure indication.

Chez les hépatiques. — Des exemples brillants nous ont été personnellement fournis par l'emploi du médicament chez les ictériques : quelle que soit la cause de l'ictère, quelque discussion pathogénique que l'on puisse évoquer, chez tous nos syphilitiques atteints d'ictère, la mise en œuvre du traitement massif à la pénicilline n'a donné que des succès; le traitement ultérieur a été continué à l'aide de préparations bismuthiques sans aucun incident.

Il semble bien qu'il en soit de même dans tous les exemples que nous avons relevés dans la littérature médicale soit de langue française, soit de langue anglaise.

Chez les rénaux. — L'atteinte du rein pose le même problème et celui-ci comporte la même solution, qu'il s'agisse d'albuminurie simple, d'état azotémique confirmé, même associé à l'hypertension, des observations de néphrose considérée comme Herxheimer.

De plus, des recherches ont été faites chez des sujets à perméabilité rénale réduite pathologiquement, des expériences même ont été tentées afin de réduire momentanément la perméabilité rénale et de maintenir ainsi à moindres frais une concentration élevée de pénicilline dans l'organisme. Dans tous ces cas, aucun accident n'a été signalé, et cela encore conseille l'emploi de la pénicilline chez les sujets atteints d'affections rénales.

Syphilis cardio-vasculaire. — Une place à part doit être faite aux cas d'artérite ou d'insuffisance cardiaque. Chez de tels malades, une action intense de médicament peut retentir violemment sur l'hydraulique cardiaque, et précipiter l'évolution d'une hyposystolie vers l'asystolie, ou influer sur l'irrigation du myocarde et révéler un infarctus. Aussi faut-il ici, sans doute, agir avec prudence et suivre les règles générales édictées par les cardiologues : une cure quotidienne et prolongée de cyanure de mercure est considérée comme susceptible d'agir au prix de moindre risque. Une cure digitalique ou d'ouabaïne peut d'autre part compléter la préparation spécifique, la pénicilline peut enfin être mise en œuvre. A vrai dire, de tels cas demandent encore réflexion : ces malades supportent souvent admirablement le bismuth et il n'y a pas de raison valable chez des malades non contagieux pour se passer de ce médicament dont l'effet en profondeur n'est peut-être pas égalé, même par les cures les plus intenses de pénicilline, même par les doses les plus élevées d'arsenic.

Syphilis et tuberculose. — Dans l'association syphilis-tuberculose enfin, la pénicilline apparaît comme un médicament particulièrement indiqué. Elle sera employée en association avec le bismuth. Ce traitement pourra permettre aux tuberculeux de bénéficier d'une médication aussi brillante que la médication arsenicale, sans en avoir aucun des dangers.

Syphilis et diabète. — L'association syphilis et diabète s'accomode bien des traitements antisyphilitiques classiques. La pénicilline vient s'ajouter aux moyens mis en œuvre chez ces malades. Elle ne peut être accueillie qu'avec faveur; l'âge de ces patients encourageant peu, chez eux, à l'emploi du novar, et la fréquence extrême de la pyorrhée rendant l'emploi du bismuth toujours un peu délicat.

Ici encore, l'association pénicilline-bismuth est celle qui donnera l'effet le plus intense, le plus rapide, le plus durable et fera courir au malade le minimum de risques.

BIBLIOGRAPHIE

1. Libby et Holmberg. — *Science*, **102**, 21 septembre 1945, p. 303.
2. Ory, Meads et Finland. — *J. A. M.*, 22 septembre 1945, p. 257.
3. Eagle et Musselman. — *Science*, **103**, 17 mai 1946, pp. 618-620.
4. Cognill, Osterberg et Hazel. — *Science*, **103**, 14 juin 1946.
5. Turton. — *B. M. J.*, 28 septembre 1945.
6. Loewe. — *J. Lab. and Clin. Med.*, **30**, septembre 1945, p. 730.
7. Ory et coll. — *J. Laboratory and Clin. Med.*, **30**, octobre 1945, p. 809.
8. Louner et Collier. — *Lancet*, **2**, 1er décembre 1945, p. 696.
9. Schwenlein et coll. — *J. A. M. A.*, **130**, 9 février 1946.
10. Trasher. — *Indiana M. A.*, **38**, juillet 1946, p. 216.
11. Moore et Reynolds. — *Arch. of internal Med.*, décembre 1946, p. 743.
12. Durel, Ratner et Siboulet. — *Ann. de Dermat.*, novembre 1946, II *bis*, p. 780.
13. Frozier et Frieden. — *J. A. M. A.*, **130**, 1946, p. 677.
14. Bessemans et Derom. — *R. S.*, 23 juin 1946.
15. Tzanck, Pautrat-Sidi. — *Soc. méd. hôp. Paris*, 29 octobre 1934.

Bilan thérapeutique du Bismuth dans la syphilis primo-secondaire,

Par MM. J. GATÉ et P. CUILLERET (Lyon)

A la Conférence de la Bismuthothérapie de la Syphilis, qui s'est tenue à Paris en mai 1945, nous avons montré, en basant notre argumentation sur une expérience de 14 ans, que la médication bismuthique pouvait être utilisée *exclusivement comme traitement de la syphilis précoce, aussi bien pour la cure d'attaque que pour le traitement de fond*. Le rapport, que nous présentons aujourd'hui, n'est en quelque sorte qu'une confirmation de la position que nous avions prise en 1945 (position maintenant adoptée par de nombreux syphiligraphes) quant à la valeur indiscutable du *traitement strictement bismuthique* des syphilis primaires et secondaires. Ce traitement permet d'obtenir des résultats pratiques remarquables et que le recul de temps rend encore plus indiscutables.

Avant d'aborder notre exposé, il convient de souligner deux faits récents qui méritent de retenir l'attention des syphiligraphes.

C'est d'abord l'apparition dans la Pharmacopée Française, de la *pénicilline*, ce merveilleux antibiotique polyvalent, qui par sa puissante action antigonococcique a très rapidement pris la première place dans le traitement actuel de la blennorragie. Ses remarquables qualités tréponémicides immédiates sont maintenant bien connues, mais, du fait de sa rapidité d'élimination, elle ne permet pas encore de réaliser, telle qu'elle nous est présentée actuellement, la « stérilisation » de la syphilis, espérée lors de sa découverte; son emploi dans le traitement de la syphilis récente est toujours à l'étude, et ce nouveau médicament ne peut encore, pour le moment du moins, rivaliser avec les médications classiques.

Par ailleurs, nous ne saurions passer sous silence *l'état très inquiétant de la morbidité syphilitique* actuelle. De ce fait, les circonstances nous ont permis, comme on le verra plus loin, d'apporter une statistique élargie, atteignant presque le double de celle que nous avions fournie en 1945.

Depuis deux ans, en effet, on constate, d'une façon générale, sur toute l'étendue de la France métropolitaine, une recrudescence très importante des cas de syphilis primo-secondaires, aussi bien en clientèle privée que dans les dispensaires antivénériens. Le fait, en soi, de l'augmentation actuelle de la morbidité vénérienne ne saurait surprendre, si l'on veut bien songer qu'il n'est en somme qu'une des conséquences des années particulièrement troublées que nous venons de traverser. Le même phénomène se produisait déjà il y a 27 ans, à la suite de la première guerre mondiale, mais semble-t-il, dans des proportions bien plus restreintes. En effet, ce qui ne laisse pas d'être très impressionnant, c'est le *taux fort élevé* des nouveaux cas de syphilis primaires et secondaires et dans sa séance du 21 février 1946, la Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie estimait que le nombre des cas de maladies vénériennes était *dix fois plus élevé à Paris en 1945 qu'en 1939*. De plus, l'application, à dater du 1er janvier 1945, de la loi sur la déclaration obligatoire des maladies vénériennes, a permis à l'Institut National d'Hygiène d'établir des statistiques qui mettent en évidence la brutale réalité de cette véritable « épidémie » actuelle de syphilis : le nombre des cas *déclarés* de syphilis primo-secondaires s'élève, en effet, à *12.094 pour l'année 1945 et à 17.595 pour 1946*. Tout relatifs qu'ils soient — car il est bien avéré que *tous* les cas observés, en clientèle de ville particulièrement, ne sont pas déclarés — ces chiffres montrent bien d'une façon indéniable la gravité de la situation, surtout si l'on pense aux conséquences éloignées d'une telle dissémination du tréponème.

Il est bien normal, dans de telles conditions, de faire le point sur les différentes médications dont nous disposons actuellement pour traiter les syphilis récentes. Et c'est à juste titre que cette importante question fait l'objet d'une des séances de

travail des « Journées Dermato-Syphiligraphiques de Montpellier », où doit s'ouvrir la discussion sur « L'étude du bilan thérapeutique des syphilis récentes ».

Trois ordres de médicaments peuvent être utilisés pour traiter les syphilis récentes, primaires et secondaires :

— Les *préparations arsenicales* (novarsénobenzol et arsénones);
— Les *préparations bismuthiques;*
— La *pénicilline.*

Nous n'envisagerons ici que la question du *traitement bismuthique*, les deux autres médications antisyphilitiques faisant chacune l'objet d'un rapport spécial. Disons dès maintenant que notre rapport présenté en 1945 à la Conférence de la Bismuthothérapie pourrait être intégralement transcrit ici-même. Les arguments que nous avons apportés alors en faveur du traitement bismuthique exclusif des syphilis récentes et les conclusions auxquelles nous avait conduits l'étude de notre statistique n'ont nullement varié. L'augmentation considérable des cas de syphilis ces deux dernières années, que nous venons de signaler, nous a simplement permis de poursuivre plus largement notre expérience du traitement bismuthique exclusif et de vérifier ainsi le bien fondé de notre position.

Rappelons que les cas traités par nous sont :

— des *syphilis primaires* à la période présérologique,
— des *syphilis primaires* en phase sérologique,
— des *syphilis secondaires.*

Pour les différentes cures, nous utilisons habituellement le bismuth sous les formes suivantes :

1° Les *préparations dites « suspensions huileuses »* telles que *l'hydroxyde de bismuth* (type *Muthanol* blanc dosé a 7,5 o/o de produit actif), en ampoules de 2 centimètres cubes ou 1 cm³ 5, chaque ampoule correspondant à 0 gr. 13 de bismuth métal; ou telles que *l'iodo-bismuthate de Quinine* (*Quinby*), en ampoules de 3 centimètres cubes, chaque ampoule correspondant à 0 gr. 075 de bismuth métal.

Pour ces deux préparations, on doit avoir soin de chauffer et d'agiter l'ampoule avant l'injection pour rendre la suspension bien homogène.

2° Les *préparations dites « oléo-solubles »* ou liposolubles (type *biralol*, carboxethyl-methyl-nonoate de bismuth ou *neocardyl*, buthyl thio-laurate de bismuth) en ampoules de 1 centimètre cube, dosées à 0 gr. 075 de bismuth métal par ampoule.

Le médicament est administré en *injection intramusculaire profonde*, en pleins muscles fessiers, au rythme de deux injections par semaine habituellement.

Pour chaque cas, nous avons adopté le *schéma thérapeutique* suivant :

Le traitement d'attaque comportant 2 séries d'injections séparées par 3 semaines de repos.

Chaque série comprend 15 injections d'hydroxyde de bismuth ou de bismuth liposoluble ou 20 injections d'iodo-bismuthate de quinine.

Le traitement de fond commencé 6 semaines après la fin de la 2ᵉ série d'attaque.

Durée : 4 ans pour l'homme, 5 ans pour la femme; comprenant 4 cures par an les deux premières années (pour chaque cure : 10 ou 12 injections d'hydroxyde de bismuth ou de liposoluble ou 15 iodo-bismuthate de quinine, 1 cure par trimestre, 3 cures par an les deux ou trois années suivantes (1 cure tous les 4 mois).

Le traitement de garantie commencé après la 4ᵉ année pour l'homme et la 5ᵉ année pour la femme; comprenant 2 cures annuelles (10 à 12 bismuth chacune) pendant 2 ou 3 ans, puis une cure annuelle le plus longtemps possible.

C'est ainsi que nous réalisons avec le bismuth seul le traitement précoce, énergique, régulier, et prolongé qui est toujours de mise dans l'infection tréponémosique.

Rappelons qu'en cas de *grossesse*, on reprend de suite le traitement, qui comporte en général 2 séries de 12 ou 15 injections chacune de bismuth pendant la gestation. Ajoutons enfin que chaque malade est soumis régulièrement à des enquêtes cliniques et sérologiques; ces examens donnent les indications nécessaires à la continuation systématique du traitement schématique, ou bien à son intensification possible.

Pour apprécier maintenant les *résultats de notre expérience* nous ne pouvons mieux faire que de rapporter dans son ensemble la statistique publiée en 1945, augmentée des nombreux cas observés ces deux dernières années.

Cette statistique comprend *508* observations de malades traités par le *bismuth seul*, qui se décomptent de la façon suivante :

1° 63 *syphilis primaires présérologiques;*
2° 193 *syphilis primaires sérologiques;*
3° 252 *syphilis secondaires.*

Nous ne reviendrons pas sur les commentaires détaillés de cette statistique; nous les avons déjà faits dans notre rapport de 1945 et nous n'avons rien à y ajouter. Il paraît cependant utile pour fixer les idées de schématiser l'*action du traitement bismuthique sur la sérologie*. A cet effet, nous avons résumé dans le tableau ci-dessous les résultats de la bismuthothérapie sur la sérologie dans *460 cas* de syphilis primaires et secondaires retenus de notre statistique à cause de la régularité des examens sanguins pratiqués chez ces 460 malades depuis le début de leur infection jusqu'à la date de leur dernier examen.

**Action de la bismuthothérapie sur la sérologie
pour 460 cas de syphilis primaire et secondaire.**

1° Syphilis primaire présérologique

63 cas dont la sérologie est toujours restée négative après plusieurs années de traitement.

2° Syphilis primaire sérologique

177 cas négativés par :
1 série de bismuth : 121 soit 68 o/o;
2 séries de bismuth : 39 soit 22 o/o;
3 séries de bismuth : 12 soit 7 o/o;
4 séries de bismuth : 5 soit 3 o/o.

3° Syphilis secondaire

220 cas négativés par :
1 série de bismuth : 121 soit 55 o/o;
2 séries de bismuth : 71 soit 32 o/o;
3 séries de bismuth : 24 soit 11 o/o;
4 séries de bismuth : 4 soit 2 o/o.

Un dernier point intéressant à retenir, c'est l'*état clinique et sérologique* de nos malades plusieurs années après le début du traitement bismuthique exclusif.

Nous avons donné en 1945 un exposé détaillé de cette étude, nous nous bornerons aujourd'hui à rappeler que sur nos 508 cas régulièrement suivis jusqu'à mainte-

nant, nous en relevons *144* que nous surveillons très régulièrement depuis plus de 7 ans et dont voici le relevé :

1 cas pendant 16 ans,
3 cas pendant 15 ans,
7 cas pendant 14 ans,
7 cas pendant 13 ans,
18 cas pendant 12 ans,
18 cas pendant 11 ans,
13 cas pendant 10 ans,
32 cas pendant 9 ans,
19 cas pendant 8 ans,
26 cas pendant 7 ans.

Nous ne voulons pas non plus insister sur *les accidents de la bismuthothérapie de la syphilis récente*; nous les avons étudiés dans notre précédent rapport. Bornons-nous à dire qu'ils sont relativement très rares si l'on veut bien songer au grand nombre d'injections faites quotidiennement.

Les *gingivo-stomatites* ne dépassent pas 3 o/o; les *abcès* sont exceptionnels, nous n'en relevons que 3, tous dûs à l'hydroxyde de bismuth. Il en est de même des *albuminuries passagères* (2 cas) et de la *néphrite* consécutive à un traitement bismuthique dont nous ne relevons qu'un cas. Quant à la *dermite livédoïde*, nous en comptons 5 cas pour 508 observations, toutes apparues à la suite d'injections d'hydroxyde de bismuth. Notons enfin 3 *urticaires* et un *ictère*.

En conclusion, nous insistons sur 3 points : commodité de l'emploi du bismuth; rareté et bénignité des accidents; caractère exceptionnel de la bismutho-résistance.

Par ailleurs, dans la plupart des cas le *traitement bismuthique exclusif* de la syphilis primo-secondaire est possible et suffisant, comme le prouve notre expérience poursuivie depuis 16 ans et l'on peut admettre que la puissance tréponémicide du bismuth ne rend pas indispensable l'association des arsénobenzènes, même dans le traitement d'attaque.

La médication bismuthique permet, en somme, de réaliser parfaitement le traitement précoce, énergique, régulier, et prolongé de l'infection syphilitique toujours de mise actuellement, puisque nous n'avons pas encore de test de guérison absolue.

Bilan de la thérapeutique arsenicale de la syphilis,

Par M. Georges GARNIER (Paris)

Jusqu'à ces dernières années, le traitement de la syphilis récente apparaissait, du moins pour la plupart des syphiligraphes, comme devant être *précoce*, *prolongé*, *polymédicamenteux*, et dans cette formule, le terme de polymédicamenteux spécifiait l'usage des arsénobenzènes comme la base du traitement d'attaque, auquel s'ajoutaient les métaux lourds, mercure, mais surtout bismuth.

On peut dire que pour la majorité des syphiligraphes français, les arsénobenzènes restaient le grand médicament des syphilis primo-secondaires, celui qui en effaçait le plus rapidement les accidents contagieux. Il était classique de leur associer le bismuth, soit en alternant les cures arsenic-bismuth sans intervalle de repos (Milian), soit pour la majorité des syphiligraphes, avec Sézary, en associant dans la même série arsenic et bismuth.

En 1942, dans une séance spéciale (1) consacrée au traitement d'assaut de la

(1) L. Périn. Traitement d'assaut de la syphilis primo-secondaire. *Bull. Soc. Fr. Derm. Syph.*, 26 mars 1942, p. 226.

syphilis primo-secondaire, la Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie adoptait les conclusions de L. Périn qui préconisait notamment l'association arsenic-bismuth comme le meilleur traitement de la syphilis récente.

Telle était donc la position classique jusqu'à ces derniers temps.

C'est surtout depuis 2 ou 3 ans environ que plusieurs syphiligraphes français, devant les publications d'accidents mortels, manifestent leur hostilité croissante aux arsénobenzènes.

Chose curieuse, c'est à peu près à la même époque que la reprise des relations médicales avec les pays anglo-saxons nous révélait l'importance prise chez eux par les arsénones dans le traitement de la syphilis et qu'en France même on se mettait à expérimenter largement ces nouveaux arsenicaux. On vit alors des syphiligraphes abandonner les arsénobenzènes jugés dangereux, pour les arsénoxydes qui se révélèrent rapidement coupables de méfaits au moins aussi graves, comme le laissaient d'ailleurs prévoir les statistiques américaines. Mais, chose étrange, aux yeux de certains auteurs les dangers des arsénones ne firent qu'aggraver la mauvaise réputation des arsénobenzols.

Quelques syphiligraphes, Hudelo et Rabut, Joulia, Et. Lortat-Jacob, avaient vanté les mérites du bismuth employé seul. Mais c'est surtout en mai 1945 qu'aux Journées consacrées à la bismuthothérapie de la syphilis, Gaté et Cuilleret (2), dans un rapport substantiel, apportaient le premier travail d'ensemble sur la question et préconisaient le bismuth comme mode de traitement exclusif de la syphilis précoce.

Enfin plus récemment encore, l'apparition de la pénicilline dans la thérapeutique antisyphilitique est venue fortifier certains auteurs dans leur désaffection des arsenicaux ; et s'il a fallu rapidement se résigner à ne pas trouver dans la mycothérapie le médicament héroïque qui à lui seul guérit la syphilis, on a pu y voir un remplaçant de l'arsénobenzol dans le traitement d'attaque de la syphilis récente.

Que faut-il penser de ces fluctuations de l'opinion des syphiligraphes en matière de traitement ?

Faut-il abandonner les arsenicaux trivalents en général et les arsénobenzènes en particulier ? Doit-on se séparer de ces fidèles serviteurs qui, après avoir fait naître le fol espoir de la *therapia sterilisans magna*, se sont tout de même montrés, depuis plus de 35 ans, un des meilleurs tréponémicides dont nous puissions disposer ?

C'est l'ambition de ce travail que de faire le point sur cette question et d'essayer de présenter le bilan de la thérapeutique arsenicale de la syphilis.

Nous envisagerons successivement :

I. — *Les arsénobenzènes,*
II. — *Les arsénones,*
III.— *Les arsenicaux pentavalents.*

I. — Les arsénobenzènes

Ce sont, de tous les arsenicaux, ceux qui ont fait leurs preuves depuis le plus longtemps : que ce soit le vieux 606, le 914, ou le sulfarsénol, ils ont depuis plus de 35 ans été si largement utilisés qu'il semblerait qu'il n'y eût rien de nouveau à dire à leur sujet. Cependant, c'est contre eux que se sont élevées les violentes critiques dont je parlais tout à l'heure. Quels sont les arguments invoqués pour justifier cette condamnation ? Y a-t-il eu des faits nouveaux qui expliquent ce revirement d'opinion ?

(1) Gaté et Cuilleret. Ce qu'on peut demander à la médication bismuthique comme mode de traitement exclusif de la syphilis précoce. *La Prophylaxie antivénérienne*, avril 1945, p. 166.

Pour essayer de simplifier le problème, je crois qu'on peut le ramener à deux propositions interrogatives :

1° L'activité des arsénobenzènes a-t-elle diminué ?

2° Les accidents graves des arsénobenzènes sont-ils devenus plus fréquents ?

1° *L'activité des arsénobenzènes a-t-elle diminué ?* — Pour la majorité des syphiligraphes, leur mode d'emploi est resté classiquement celui des doses progressives. Certains auteurs, américains surtout, voulurent raccourcir la durée du traitement, soit par la méthode de Pollitzer reprise en France par P. Chevallier, soit par la méthode intensive des perfusions vantée par Chargin, Hyman et Leifer, en Amérique, par A. Tzanck en France. Mais ces modifications ne se révélèrent pas supérieures et même la méthode intensive du goutte à goutte intraveineux apparut comme plus dangereuse et fut à peu près abandonnée, du moins en France. C'est donc surtout la méthode des doses progressives qui est restée la plus employée.

Y a-t-il eu des différences dans les résultats obtenus depuis ces dernières années ? Rien ne permet de le supposer, et les plus farouches adversaires du 914 ne le lui reprochent guère. Il n'est pas inutile cependant de vérifier à nouveau la rapidité d'action des arsénobenzènes sur les accidents contagieux de la syphilis récente et les résultats obtenus à longue échéance dans la prévention des accidents tardifs de la syphilis. Il est en effet indispensable de pouvoir comparer ces résultats avec ceux obtenus par les méthodes de traitement qui ont abandonné complètement les arsenicaux.

a) *Action des arsénobenzènes sur les accidents contagieux de la syphilis récente.* — Il est banal de dire qu'ils sont particulièrement rapides et brillants. C'est là une vérité première qu'on pourrait croire oubliée à la lecture des résultats publiés pour les autres méthodes.

Voici les résultats observés sur 66 femmes du Service de R. Degos, traitées par le 914 à doses progressives (30-45-60-75 ou 90 — suivant le poids — répétée 5 fois) sans adjonction d'autres drogues. Il s'agissait de 13 syphilis primaires et primo-secondaires séro-positives et de 53 syphilis secondaires.

Disons tout d'abord qu'il importe de bien préciser la façon d'évaluer les résultats : la cicatrisation d'un chancre par exemple sera beaucoup plus courte que la disparition de l'infiltrat (sclérème d'une grande lèvre), de même une syphilide papulo-hypertrophique demandera plus de temps pour disparaître complètement que pour être épidermisée.

En ce qui concerne le *chancre*, nous voyons que chez les 13 malades il a cicatrisé en moyenne en 8 jours, certains en 4 jours (chancre de la grande lèvre), voire en 2 jours (1 cas), par contre un chancre de la lèvre avec un infiltrat important n'a disparu qu'au 13e jour.

La roséole a disparu chez tous nos malades en moins de 4 jours (3 jours 1/2 en moyenne), souvent en 48 heures. Une roséole avec réaction d'Herxheimer qui l'a rendue confluente a demandé 8 jours pour s'effacer.

Les syphilides érosives étaient cicatrisées en 4 jours 1/2 en moyenne.

Les syphilides papulo-érosives, en 6 jours.

Les syphilides papulo-hypertrophiques, en 12 jours, étaient cicatrisées et très affaissées, certaines même complètement; dans 2 cas seulement, elles ont nécessité 13 et 17 jours pour disparaître, et il s'agissait alors d'énormes condylomes ano-vulvaires en nappe.

Les syphilides papuleuses et papulo-squameuses de la peau ont demandé en moyenne 6 jours pour être réduites à l'état de macules. Dans 2 cas, nous avons vu des syphilides élégantes de la face être réduites en 48 heures à l'état de taches brunâtres.

Les syphilides folliculaires ont nécessité plus de temps (13 jours dans le seul cas de cette série), mais on sait la résistance de ces formes à toutes les thérapeutiques.

Moyenne de cicatrisation et de disparition des lésions primo-secondaires avec le 914.

66 femmes : 13 syphilis primaires séropositives, 53 syphilis secondaires.

Chancre	Roséole	Syphilides érosives	Syph. papulo-érosives	Syph. papulo-hypertrophiques	Syph. papuleuses cutanées
8 jours	3 jours 1/2	4 jours 1/2	6 jours	12 jours	6 jours

On conviendra que de pareils résultats témoignent d'une activité qui reste remarquable. Je ne crois pas pour ma part que les autres traitements qu'on nous vante actuellement puissent dépasser ces résultats brillants. La pénicilline, notamment, ne nous a pas donné mieux.

b) *Action des arsénobenzènes sur la sérologie des syphilis récentes.* — Je rapporte ici les résultats d'une statistique personnelle comprenant 26 syphilis primaires séro-négatives (hommes), 7 syphilis primaires séro-positives et 65 syphilis secondaires.

L'examen sérologique a toujours comporté des réactions d'hémolyse et des réactions de floculation : pour les uns, réaction de Hecht, de Desmoulière et de Kahn, et chez les autres (les plus nombreux) un Wassermann simple, un Wassermann cholestériné type Demanche, un Hecht, un Kahn et un Meinicke. Ces précisions ont leur importance dans l'appréciation des résultats, beaucoup de statistiques publiées portant seulement le terme vague de « réaction sérologique » ou de « réaction de Wassermann ».

Tous ces malades ont été traités par le novarsénobenzol à doses progressives jusqu'à une dose maxima de 0,90 ou de 1 gr. 05 pour certains patients.

Voici les résultats obtenus :

Dans la syphilis primaire séro-négative, toutes les réactions étaient négatives après la fin de la première série de 914, soit 100 o/o de bons résultats.

Dans la syphilis primaire séro-positive (7 chancres), un seul avait un Wassermann positif à la fin de la première série de 914.

Les 6 autres étaient devenus entièrement négatifs, soit 85,8 o/o de sérologie négative et 14,2 o/o de sérologie positive.

Dans les 65 cas de *syphilis secondaire*, j'ai obtenu 55 o/o de sérologie complètement négative, 14 o/o de résultats complètement positifs et 31 o/o de résultats partiellement positifs ou douteux, sur lesquels un certain nombre n'avaient qu'un Kahn ou un Meinicke + ou ±, les autres réactions étant négatives.

Action du 914 sur la sérologie des syphilis récentes
(statistique personnelle).

Sérologie (après une série)	Syph. primaire séro-négative 26 cas	Syph. primaire séro-positive 7 cas	Syph. secondaire 65 cas
Entièrement négative . .	100 o/o	85,8 o/o	55 o/o
Entièrement positive . .	»	14,2 o/o	14 o/o
Partiellement positive . .	»	»	31 o/o

On voit donc que pour la syphilis primaire les résultats sont excellents. En ce qui concerne la syphilis secondaire, les résultats pourront sembler modestes, mais il faut remarquer que j'ai pratiqué la sérologie dès la fin de la série, sans intervalle de repos, en moyenne 35 jours après le début du traitement, c'est-à-dire nettement plus tôt qu'après une série mixte arséno-bismuthique ou après une série de bismuth seul, et que d'autre part j'ai rangé dans les résultats partiellement positifs des cas qui, avec une sérologie moins poussée, auraient été considérés comme négatifs.

Ils sont dans l'ensemble supérieurs aux chiffres publiés par Gaté et Cuilleret (1) avec le bismuth seul : 48 o/o, ou par Fernet et Guibert (2) : 26 o/o de résultats négatifs à la fin de la première série. Mais ils sont inférieurs à ceux de Burnier (3) qui obtient 66 o/o de négativation avec le novar seul, 72 o/o avec le traitement mixte arséno-bismuthique, et 80 o/o après une série de bismuth seul. De même, Et. Lortat-Jacob (4) signale un pourcentage de 84 o/o de négativation après une série de bismuth, mais la prise de sang effectuée après un repos suivant la fin de la série, soit 3 mois après le début du traitement, et il n'est pas donné de précisions sur les réactions pratiquées.

Les résultats obtenus par Sézary et Galmiche (1), avec le traitement mixte arsenic-bismuth sont également meilleurs que les nôtres en ce qui concerne les syphilis secondaires; mais là encore, il faut remarquer qu'une série arséno-bismuthique dure plus longtemps que les 35 jours de notre traitement arsenical pur. Ces auteurs pour 2.142 malades obtiennent dans la syphilis primaire séro-positive 90 o/o de négativation chez l'homme après une première série arséno-bismuthique et 94 o/o chez la femme. Dans la syphilis secondaire, 78 o/o de négativation chez les hommes, 85,5 o/o chez les femmes.

c) *Résultats éloignés du traitement arséno-benzolique.* — Si les résultats immédiats sur les accidents contagieux de la syphilis récente sont excellents, il faut reconnaître qu'il en est de même des résultats éloignés, et qu'on dispose d'un recul important et d'un grand nombre de malades traités pour juger de leur rôle dans la prévention des récidives sérologiques ou cliniques. Bien entendu, ces résultats dépendent avant tout de la date à laquelle a été commencé le traitement et de la conduite du traitement lui-même. On a peu de renseignements sur ce que donnent les arsenicaux employés seuls, puisque depuis plus de 20 ans il a été admis qu'on devait pratiquer un traitement polymédicamenteux en associant aux arsenicaux les métaux lourds, mercure et bismuth (5).

Dans l'ensemble, les résultats éloignés ne sont donc publiés que pour des traitements mixtes arséno-bismuthiques. On voudra bien admettre que les arsénobenzènes ont une large part dans les effets éloignés de ce traitement mixte.

On connaît la statistique de Milian, L. Périn et Lafourcade concernant 296 malades qui avaient reçu uniquement un traitement d'attaque de 10 à 12 mois constitué par une série de 914, une série d'huile grise, une série de 914 et une série de bismuth, sans aucun traitement de consolidation ultérieur. Après une surveillance sérologique et clinique s'étendant sur une période de 5 à 12 ans, on notait :

90,3 o/o de guérisons apparentes dans la syphilis primaire séro-négative;
75,5 o/o dans la syphilis primaire séro-primitive;
67,4 o/o dans la syphilis secondaire.

(1) Gaté et Cuilleret. *Loc. cit.*
(2) Fernet et Guibert. Syphilis primo-secondaire soignée uniquement par le bismuth. *Bull. Soc. fr. Derm. Syph.*, 14 mars 1946, p. 280.
(3) Burnier. Pourcentage comparé des négativations de 800 syphilis récentes traitées soit par l'arsenic, soit par le bismuth. *Bull. Soc. fr. Derma. Syph.*, 14 mars 1946, p. 280.
(4) Ét. Lornat-Jacob. Négativation des réactions sérologiques par le traitement d'attaque bismuthique au cours de la syphilis primo-secondaire. *Bull. Soc. fr. Derm. Syph.*, 14 mars 1946, p. 279.
(5) A. Sézary et P. Galmiche. Le temps nécessaire à la réduction des séro-réactions de la syphilis récente traitée par l'arsenic et le bismuth conjugués. *Bull. Soc. fr. Derm. Syph.*, décembre 1945, p. 315.

Avec le traitement type Pollitzer, appliqué par P. Chevallier à l'Hôpital Cochin, Coste, Demanche et Durupt (1) qui ont dépouillé les fiches établies dans ce service pour 832 malades donnent les résultats suivants, après 1 ou plusieurs Pollitzer et un traitement mixte de 3 ans au moins.

Syphilis séro-négative :

92,3 o/o de sérologie négative;

7,7 o/o de rechutes sérologiques, sans séquelles cliniques.

Dans la syphilis récente séro-positive :

93 o/o de sérologie négative;

7 o/o de rechutes sérologiques.

L. Périn a publié en 1944 une statistique personnelle portant sur 107 malades traités classiquement par l'arsenic et le bismuth, avec comme résultats éloignés : 90,6 o/o de guérison apparente et 9,4 o/o de rechutes cliniques et sérologiques.

Dans la statistique personnelle dont j'ai parlé précédemment, j'ai constaté les résultats suivants : les 26 cas de syphilis primaire séro-négative et les 7 cas de syphilis primaire séro-positive, après leur traitement mixte et 4 ans de traitement bismuthique, ont toujours gardé une sérologie entièrement négative; jamais ils n'ont présenté de rechute clinique et l'observation a porté sur une période qui va de 4 à 19 ans pour certains, ce qui donne 100 o/o de guérison apparente.

Pour les 65 malades atteints de syphilis secondaire, nous relevons 5,4 o/o de rechute sérologique chez des patients qui n'avaient pas suivi leur traitement régulièrement. Aucune rechute clinique, aucune manifestation de syphilis tardive après une période d'observation qui atteint pour certains 18 ans et pour tous a dépassé 4 ans, soit : 94,6 o/o de guérison apparente.

Résultats éloignés

(*Statistique personnelle*).

Résultats	Syphilis primaire 33 cas	Syphilis secondaire 65 cas
Guérison apparente	100 o/o	94.6 o/o
Rechutes sérologiques	0	5,4 o/o

En Amérique, avec des traitements beaucoup plus brefs et des périodes d'observation beaucoup trop courtes en général, divers auteurs du Cooperative Clinical Group obtiennent 83,4 o/o de guérisons avec un traitement de 6 mois et 90,4 o/o lorsque le traitement arsenic-bismuth dure un an.

On peut donc dans l'ensemble se rallier à l'opinion de Sézary (*Société française Dermatologie et Syphiligraphie*, 11 avril 1940) qui affirme qu'un malade soigné par 2 séries mixtes arséno-bismuthiques, suivies d'un traitement de consolidation de 3 à 4 ans, demeure indemne de récidives et peut être, pratiquement considéré comme guéri.

Arsénorésistance. — On sait qu'un des arguments des adversaires des arsénobenzols est l'existence des arsénorésistances. C'est là un fait connu de façon expérimentale depuis Ehrlich et admis par tous les syphiligraphes, mais dont la fréquence est très variable suivant les auteurs, les époques, voire même les régions. En 1921, Lavaux, dans sa thèse, les estimait à 0,26 o/o sur 5.000 malades. C'est particulièrement l'École lyonnaise qui attira l'attention sur cette résistance aux

(1) Coste, Demanche et Durupt. Le procédé de Pollitzer-Chevallier. *Semaine des Hôpitaux de Paris*, n° 1, 8 janvier 1945, p. 6

arsenicaux, fréquente vers 1928-1930, et dans la thèse de son élève Tiran, Gaté arrive au chiffre de 16 o/o qui est considérable et n'a pas eu d'équivalent à l'Hôpital Saint-Louis où, pourtant, Gougerot, en 1930, en réunit 18 cas en un an. Depuis la guerre, non seulement on ne constate pas d'augmentation, mais il semble qu'il y ait une diminution des cas d'arsénorésistance publiés. Nous citerons cependant pour mémoire l'opinion de Charpy qui, en 1942, estimait les arsénorésistances à 1/4 ou 1/3 des cas ! Nous n'avons jamais rien observé de semblable, ni à l'Hôpital Saint-Louis, ni en pratique de ville, ni à notre dispensaire de l'Institut Fournier, et la lecture des Bulletins de la *Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie* depuis 1940 ne nous a montré que des cas isolés (Touraine, Clément Simon, Degos). Nous-mêmes, avec R. Degos et Hewitt (1), en avons publié une curieuse observation, où non seulement l'arsénobenzol n'avait pas d'action, mais empêchait même le bismuth d'agir lorsqu'on pratiquait un traitement mixte, alors que le bismuth utilisé seul amenait la cicatrisation rapide des syphilides ulcéreuses du patient. Gougerot, P. Blum, Goulène avaient publié un cas analogue en 1937.

Ce n'est donc pas la fréquence des arsénorésistances qui constitue un fait nouveau dans l'appréciation des effets de l'arsénothérapie. Elles restent, croyons-nous, assez rares et l'on constate des chimiorésistances avec tous les médicaments, mercure, bismuth, et même pénicilline.

2° *Les accidents graves des arsénobenzènes sont-ils devenus plus fréquents ?* — Dès le début de leur emploi, les arsenicaux trivalents apparurent capables de provoquer toute une série d'accidents, dont certains graves et même mortels. Peu à peu, des produits plus purs, une meilleure connaissance des contre-indications et une plus juste utilisation des doses et du rythme du traitement, permirent de trouver un compromis entre l'efficacité maximum et le moindre risque et d'obtenir les résultats rapportés plus haut.

Si l'efficacité n'a pas diminué, y a-t-il eu une aggravation des risques ? Il est très difficile de donner une réponse précise à cette question du fait de l'absence de statistiques sur les accidents des arsénobenzols, et je ne peux que répéter ce que j'ai déjà dit ailleurs : il serait vraiment utile que tous les grands services de vénéréologie publiassent le chiffre annuel des accidents observés par rapport au nombre d'injections pratiquées.

Nous n'envisagerons bien entendu que les accidents majeurs de l'arsénothérapie. Il semble que depuis la guerre il y ait eu une recrudescence des érythrodermies arsénobenzoliques, au moins en certaines régions. C'est ainsi qu'en Allemagne, G. Stümpke, K. Scholl (1), en 1941, signalaient une recrudescence des érythèmes arsénobenzoliques, que Scholl attribue à une hypovitaminose C. En France, c'est surtout dans la région lilloise qu'on a vu une augmentation des érythrodermies (Bertin, Huriez et collaborateurs). Il ne semble pas que dans la région parisienne les cas aient été beaucoup plus nombreux qu'avant guerre, ni particulièrement graves. Dans une statistique de 1932, Feldmann et Laiktère signalaient 0,22 o/o de dermatites arsenicales sur 20.587 injections. Dans une statistique que j'ai rapportée en 1946 (2), je notais 0,06 o/o d'érythrodermies sur 13.123 injections de novar. On voit donc que si l'érythrodermie a augmenté de fréquence dans certaines régions, cela n'a pas été général.

Par contre, certains accidents sont devenus beaucoup plus rares, c'est ainsi que la crise nitritoïde dont Milian estimait la fréquence à près de 5 o/o au début de l'emploi du 914, est maintenant si rare que beaucoup d'élèves des services de vénéréolo-

(1) R. Degos, G. Garnier et Hewitt. Syphilides secondaires arséno-résistantes. Insuffisance d'une cure mixte arséno-bismuthique et de l'arsenic isolé. Guérison rapide par le bismuth seul. *Bull. Soc. fr. Derm. Syph.*, 8 février 1945, p. 73.

(2) Stumpke. *Dermatologische Worenschrift*, vol **113**, n° 42, 18 octobre 1941, pp. 861-870.

Scholl. *Ibidem*, vol. **113**, n° 46, 15 novembre 1941, pp. 944-950.

(3) G. Garnier. Défense des arsénobenzènes. *Bull. Soc. fr. Derm. Syph.*, 14 mars 1946, p. 283.

gie n'en ont jamais vu. Je l'ai retrouvé dans 0,025 o/o dans la statistique que j'ai publiée en 1946.

Les ictères des arsénobenzols, si fréquents il y a 20-25 ans, sont devenus beaucoup plus rares aujourd'hui, et il semblerait judicieux de réviser notre opinion à leur sujet à la lumière de cette pathologie de la seringue sur laquelle les anglo-saxons ont attiré l'attention depuis la pénicillothérapie et qui doit expliquer bien des cas de ces fameux ictères arsenicaux.

Les accidents sanguins (agranulocytose, purpura), signalés depuis longtemps, sont heureusement rares. Leur fréquence ne paraît pas avoir augmenté, bien que Ch. Flandin, Millot et Basset (1) aient signalé en 1945 3 cas d'agranulocytose et un purpura mortel. D'autres observateurs, Huriez, Bureau ont publié des cas isolés; mais notons que dans toutes ces observations il s'agissait de malades soumis au traitement *mixte* arsénobismuthique; or, on sait que le bismuth, à lui seul, peut provoquer l'agranulocytose (cas mortel de Coste), et l'on ne peut, dans les observations publiées, faire la part de ce qui revient à l'arsenic ou au bismuth. D'autre part, on sait qu'en ce qui concerne l'agranulocytose, un certain nombre d'auteurs (Touraine, Rapport au Congrès des Dermatologistes et Syphiligraphes de Langue française, Paris, 1939) la considèrent comme un accident infectieux et non toxique.

Il nous reste à envisager l'accident majeur et redoutable de l'arsénothérapie : l'*apoplexie séreuse*. En voyons-nous davantage actuellement ? Il est très difficile de l'affirmer, car nous manquons en France de statistiques importantes. Dans la statistique de Feldman et Laiktère, en 1932, on note :

0,01 o/o d'apoplexie séreuse, 1 pour 10.000 injections.

Glaser, en 1935, donne le chiffre de 1 pour 20.000 injections.

Dans notre statistique de 16.000 injections (1946), nous n'avions pas un seul cas d'encéphalopathie arsenicale.

De 1940 à 1947, j'ai relevé, dans le *Bulletin de la Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie*, 13 cas d'apoplexie séreuse, dont 9 dus au 914, avec 5 morts, et 4 dus aux arsénones, avec 3 morts. On ne peut donner aucun pourcentage, les auteurs n'ayant pas indiqué le nombre d'injections auquel se rapportaient les accidents observés. Il n'en reste pas moins que, même en dehors de toute augmentation récente, l'apoplexie séreuse reste un risque grave bien que peu élevé, puisque dans l'ensemble on ne doive la rencontrer que une fois sur 20.000 injections environ. Certes, cela n'est pas la fréquence dont parlent certains auteurs, qui d'ailleurs n'avancent aucun chiffre, mais du fait de la gravité si souvent mortelle de cet accident; c'est, si rare soit-il, un risque que l'on fait courir aux malades soignés par les arsénobenzènes.

Les travaux de Stocken et Thomson sur le B. A. L., les publications de Eagle et Magnuson, Hopkins et Dickson, etc.... nous apportent le grand espoir de lutter victorieusement contre les accidents graves de l'intoxication arsenicale, puisque les statistiques anglo-américaines signalent pour certaines plus de 80 o/o de guérisons dans les encéphalopathies arsenicales, 86 o/o dans les érythrodermies, 90 o/o dans l'agranulocytose. Nous n'avons pas encore pu vérifier en France ces heureux résultats, mais il y a tout lieu de penser, malgré la faible marge qui existe entre la dose active et la dose toxique de ce produit, que nous disposons là d'une arme efficace contre les accidents majeurs de l'arsénothérapie.

II. — Les arsénones

Connues depuis les premiers travaux d'Ehrlich et Hata (1910), étudiées expérimentalement en Amérique par C. Voegtlin et M. W. Smith dès 1920, elles sont entrées dans la pratique en Amérique contre le pian, à la suite des travaux de

(1) Ch. Flandin, Millot et Basset. Trois cas d'agranulocytose, un cas de purpura arsénobenzolique. *Bull. Soc. fr. Derm. Syph.*, 8 mars 1945, pp. 89-90.

Chestermann et Todd (1927) et de Tatum et Cooper en 1932, qui les utilisèrent contre la syphilis, et ont connu depuis dans les pays anglo-saxons une vogue considérable.

En France, après les essais peu concluants de Levaditi, M. Pinard et Even (1931), elles furent à peu près ignorées jusqu'en 1942, où P. Durel et H. Payenneville (1) attirent l'attention sur cet arsenical. Depuis et à la suite de leur large utilisation dans les armées alliées, les arsénones furent expérimentés par de nombreux syphiligraphes français (Torlais, Laugier, Vigne, Touraine, Degos, Tzanck, Marceron, Y. Bureau, Fernet, etc...) et ont suscité de multiples travaux cliniques et expérimentaux.

Sans avoir le recul et les statistiques importantes des Américains, nous avons pu nous faire en France une opinion sur l'activité des arsénoxydes, et l'on peut essayer d'en dresser le bilan. Les travaux français ont porté sur 2 types principaux d'arsénones :

— Le chlorhydrate de l'hydroxy-4 amino-3 phénylarsenone type Mapharsen américain ou Montarsan français,

— et le chlorhydrate de l'hydroxy-amino-phényl-dichlorarsine, Chlorarsen américain, en France c'est le Fontarsol (specia), le 4.000 M. ou Trépolysine de A. Mouneyrat.

Les propriétés pharmacologiques étant très voisines, on peut dire que 0,12 de fontarsol correspondent à 0,10 d'arsine ou de fontarsan. Les effets thérapeutiques étant les mêmes, nous étudierons ensemble les résultats acquis par les deux types d'arsénones. Signalons qu'en Amérique, c'est surtout le mapharsen qui reste le plus utilisé alors qu'en France c'est plutôt la dichlorarsine (fontarsol, trépolysine).

Théoriquement, les arsénones sont en gros 10 fois plus actives, mais 10 fois plus toxiques que le 914, et certains auteurs pensent que l'arsénobenzol agit en s'oxydant en arsénoxyde (Rosenthal). Ce sont des produits chimiquement beaucoup plus purs que les arsénobenzols. Leur élimination serait beaucoup plus rapide que celle du 914, et Durel et Allinne ont montré qu'une dose de 0,12 de fontarsol est éliminée après 48 heures, alors qu'après 0 gr. 60 de novarsénobenzol l'élimination urinaire dure pendant près de 6 jours. Cette élimination rapide permet de rapprocher les doses et d'injecter le produit tous les 2 jours ou tous les jours, et partant d'écourter la cure. La posologie et le rythme des injections sont variables suivant les méthodes. Les arsénones furent d'abord employées à doses faibles (0,04-0,06) et espacées de 4 à 5 jours, 12 injections en tout en 8 à 10 semaines (Tatum et Cooper). Puis, Leifer, Chargin et Hymann préconisent le traitement massif des 5 jours (0,24 de mapharsen par jour) pour raccourcir le traitement. Ce traitement massif des 5 jours, très largement utilisé en Amérique, l'a été très peu en France (Tzanck y a eu recours) étant donné la fréquence des accidents graves et aussi parce que nous sommes moins obsédés par cette course contre le calendrier dans le traitement de la syphilis.

La majorité des syphiligraphes français ont utilisé la posologie préconisée par Durel : 15 injections quotidiennes de 0 gr. 10 d'oxyde d'arsine (Fontarsan), ou 0 gr. 12 de dichlorarsine (Fontarsol ou 4.000 M.).

A. — Action sur les accidents contagieux de la syphilis récente. — Si un certain nombre d'auteurs ne donnent que des indications générales qui se résument de la façon suivante : l'action des arsénones est comparable à celle des arsénobenzols, d'autres donnent des précisions sur la cicatrisation des lésions et la disparition du tréponème.

Pour P. Durel (42 malades, syphilis primaire et secondaire), le tréponème disparaît le 2e jour dans 25 o/o des cas, le 3e jour dans 50 o/o des cas, le 4e jour dans 20 o/o des cas, le 5e jour dans 5 o/o des cas.

(1) P. Durel et H. Payenneville. Sur une méthode de traitement de la syphilis par l'arsenoxyde. *Bull. Soc. fr. Derm. Syph.*, 9 juillet 1942, p. 371.

Mais Degos, Hewitt et J. Pinard (1) donnent des résultats moins brillants; sur 17 cas de chancre, le tréponème a disparu le 3e jour dans 25 o/o des cas, et pour le reste en *moyenne le 6e jour.*

Touraine, Lortat-Jacob, Ruel et Gosset (2) signalent la disparition du tréponème en 1 à 3 jours. Dans l'ensemble, ces résultats ne sont pas meilleurs que ceux obtenus avec le 914 à doses progressives.

Cicatrisation des lésions. — *Chancre.* — Durel et ses collaborateurs donnent les chiffres suivants :

— Dans 37 o/o des cas, cicatrisation avant 10 jours;
— Dans 56 o/o des cas, cicatrisation entre 10 et 20 jours;
— Et dans 7 o/o des cas, cicatrisation entre 20 et 30 jours.

Degos et ses collaborateurs signalent la cicatrisation entre 5 et 19 jours.

Y. Bureau et Barrière, en 12 jours.

Touraine et ses collaborateurs, en 10 à 18 jours, ce qui donne une moyenne générale de 12 jours.

La roséole. — S'efface en 10 à 15 jours pour Touraine; en 6 à 10 jours pour Laugier, en 5 jours pour Degos; ce qui donne *une moyenne générale de 8 à 9 jours*, délai nettement plus long que celui que nous avons rapporté plus haut avec le 914.

Les syphilides érosives s'épidermisent en 12 à 17 jours (Touraine).

Les syphilides papulo-hypertrophiques demandent :
— 20 à 40 jours (Touraine),
— 10 à 30 jours (Lhomme),
— 11 à 12 jours (Bureau),
soit 20 jours en moyenne.

Les syphilides papuleuses cutanées disparaissent en :
— 10 à 30 jours (Durel et coll.),
— 10 à 15 jours (Y. Bureau),
— vers le 8e jour (Degos et coll.),
— du 3e au 20e jour (Laugier),
soit en moyenne en 13 à 15 jours.

On voit donc que dans l'ensemble l'action des arsénones sur les accidents contagieux est comparable à celle des arsénobenzènes, bien que les chiffres obtenus dans notre statistique du 914 soient meilleurs que la moyenne des chiffres publiés pour les arsénoxydes.

B. — Action sur la sérologie. — Disons tout d'abord qu'il est difficile de comparer les résultats publiés; certains auteurs (Durel) ne donnant que les résultats du Hecht et ajoutant : « la réaction de Kahn est plus résistante ». D'autres ne mentionnent même pas le type de réaction pratiquée. Ces considérations expliquent certains résultats discordants.

Habituellement, dans les syphilis primaires séro-négatives, la sérologie reste négative après la première série de 15 injections à 0 gr. 12; quelquefois, après un crochet positif vers le 5e ou 6e jour (Fernet, Durel, Y. Bureau); plus rarement, le Wassermann négatif devient positif en fin de cure (1 cas de Touraine).

Dans les syphilis séro-positives (primaires ou secondaires), la sérologie est généralement *positif* à la fin de la *première série*. Touraine n'a eu qu'un seul résultat négatif sur 73 malades après la première série (1,3 o/o); Degos et J. Pinard, 1 cas sur 30 (3,3 o/o). Par contre, Durel obtient 17 o/o de négativité après une première

(1) R. Degos, J. Hewitt et J. Pinard. Les arsénones dans le traitement de la syphilis. *Paris Médical*, no 2, 17 janvier 1946, pp. 19-23.
(2) Touraine, E. Lortat-Jacob, Ruel et Gosset. *Bull. Soc. fr. Derm. Syph.*, 9 novembre 1944, p. 308.

série, mais pour le Hecht seulement, ce qui enlève beaucoup de valeur à ce pourcentage. Pour Y. Bureau et Barrière, la sérologie est presque toujours négativée à la fin de la *deuxième série*. Pour Degos et J. Pinard, cette négativation (Wassermann, Hecht, Kahn et Meinicke) est obtenue après la deuxième série dans plus de 50 o/o des cas; mais 13 o/o des sérologies ne sont négativées qu'après la troisième série. Pour expliquer ce retard du virage sérologique, beaucoup d'auteurs se rallient à l'hypothèse de Durel de « l'inertie sérologique », temps nécessaire pour que, quel que soit le traitement, les réactions sérologiques se modifient.

C. — Résultats éloignés. — Il est beaucoup plus difficile de donner des précisions sur les résultats éloignés de l'arsénothérapie, du moins d'après les travaux français. D'une part, parce que le recul est insuffisant; d'autre part, parce que beaucoup d'auteurs qui ont expérimenté les arsénones ne les ont pas continués une fois le malade sorti de l'hôpital, la suite du traitement se faisant soit par le bismuth seul, soit par un traitement mixte arséno-bismuthique.

Les travaux américains relatent longuement les résultats obtenus qu'ils classent en satisfaisants ou non satisfaisants, mais ils ne portent habituellement que sur des périodes d'observation beaucoup plus courtes que celles que nous avons l'habitude d'exiger. Avec le traitement rapide des 5 jours, Leifer et ses collaborateurs, Elliott et ses collaborateurs pensent qu'on peut obtenir la guérison par le mapharsen seul (1.200 milligrammes en 5 jours) dans 90 o/o des cas de syphilis primaire séro-négative, et pour Elliott dans au moins 85 o/o des cas de syphilis récente.

Tout récemment, Pilsbury et Loveman (1) après 6 à 12 mois d'observation signalent de très bons résultats (95,72 o/o en moyenne) avec la méthode des 20 jours et une dose totale de 20 milligrammes de mapharsen par kilogrammes de poids, en y ajoutant 8 injections de bismuth à 0 gr. 20 mais déclarent la méthode toxique.

Avec le schéma des 26 semaines de traitement (40 injections de mapharsen et 16 de bismuth), Sternberg et W. Leifer signalent :

— Syphilis primaire séro-négative : 98,25 o/o de bons résultats;

— Syphilis primaire séro-positive : 94,48 o/o de bons résultats et 5,52 o/o de rechutes infectieuses;

— Dans la syphilis secondaire : 89,34 o/o de bons résultats et 10,66 o/o de rechutes infectieuses.

On ne peut que faire des réserves sur la valeur de ces résultats qui ne se basent pas sur une période d'observation suffisamment prolongée (10 à 12 mois, 36 mois au maximum).

En France, tous les auteurs sont d'accord pour associer aux arsénones des injections de bismuth, voire même de reprendre novar et bismuth, et de faire un traitement de consolidation suffisant.

De même, l'action des arsénones sur le liquide céphalo-rachidien est diversement apprécié par les auteurs américains. Foerster et Wieder, sur 15 malades, signalent 4 cas dont le Wassermann serait devenu positif dans le liquide céphalo-rachidien; par contre, Sternberg et Leifer (2), sur 3.000 cas, ne signalent que 0,64 o/o de liquide céphalo-rachidien anormaux après le traitement de 26 semaines (40 injections de mapharsen et 26 de bismuth).

Contrairement aux données classiques qui affirment que les arsenicaux trivalents ne sont pas actifs dans le traitement de la syphilis neuro-parenchymateuse, R. Bessière et H. P. Gérard ont signalé les résultats obtenus sur 90 cas de paralysie générale par le 4.000 M. Ils les considèrent comme supérieurs à ceux qu'on obtient avec le stovarsol et annoncent : 9 o/o de très bonne rémission, 24 o/o de bonne rémission, 26 o/o de rémission moyenne et 31 o/o de résultats médiocres. Comme avec les autres méthodes, les résultats sont meilleurs dans les formes de début et dans les formes expansives. Un avantage de cette médication est l'absence de toxi-

(1) D. M. Pilsbury and A. B. Loveman. Six to twelve month follow-up results in early syphilis treated by a twenty day intensive arsenobismuth system. *Am. J. of syph. gono. and. ven. diseases*, 31 mars 1947, pp. 115-123.

(2) *Loco citato.*

cité sur le nerf optique, ce qui permet de l'employer quand une lésion oculaire est à craindre.

En ne tenant compte que des statistiques américaines, il semble donc que les arsénones ne donnent pas pour la prévention des accidents tardifs de meilleurs résultats que les arsénobenzènes. Aucun travail français ne permet de juger de façon plus précise les résultats éloignés de l'arsénothérapie.

D. — Les accidents. — En partant du point de vue théorique de la toxicité comparée, les accidents devraient avoir à peu près la même fréquence qu'avec les arsénobenzols. Mais très vite on constata des incidents fréquents, de type différent de ceux du 914, et des accidents qui étaient semblables à ceux que nous connaissons avec ce dernier produit.

Incidents. — Ils sont nombreux, variés, fréquents : 30 o/o des cas en moyenne. La *douleur le long de la veine injectée* apparaissant pendant ou immédiatement après l'injection, peut durer de quelques minutes à plusieurs heures, et être plus ou moins vive. Fréquente avec l'oxyde d'arsine française (fontarsan) (23 sur 25 des malades de Touraine) on ne la voit que dans 12 à 15 o/o des cas avec le fontarsol. L'injection rapide de la drogue la rend beaucoup moins fréquente, mais elle peut cependant obliger à arrêter le traitement.

Le choc dentaire, surtout aux premières injections, se rencontre dans 8 o/o des cas (Durel), 5 o/o (Bureau), 19 o/o (R. Degos et J. Pinard).

Les nausées, les vomissements : 13 o/o (Durel), sont fréquents et peuvent entraîner l'interruption du traitement dans 16 o/o des cas (Bureau).

A côté de ces incidents habituellement bénins, on peut voir survenir des accidents plus sévères, analogues en général à ceux qu'on observe au cours du traitement par le 914.

Les réactions fébriles se voient soit aux premières injections (réaction d'Herxheimer), soit persistent aux injections ultérieures, s'accompagnant de signes d'intolérance : céphalée, vomissements, et sont estimées dans ce type à 65,7 o/o des cas par Cormia et Blauner (1) avec la méthode des 20 jours.

La crise nitritoïde, par contre, est exceptionnelle, de l'avis unanime.

L'érythème du 9e jour a été signalé par Durel, Y. Bureau, R. Degos, Marceron, Touraine.

L'érythrodermie est rarement signalée.

L'ictère se trouve dans 2 à 3 o/o des cas environ.

Des accidents rénaux : albuminurie (Fernet), hépato-néphrite grave (Pellerat), néphrite aiguë grave (Rattner et Falke), ont été signalés.

Accidents sanguins, signalés par les Américains dès le début de leur emploi, sous la forme d'agranulocytose ou d'anémie aplastique; ils ont été signalés en France par Zorn en 1943 : un cas d'agranulocytose qui a guéri. Ch. Flandin, Fr. Flandin et Millot ont constaté d'ailleurs une tendance à la mononucléose après une cure de Fontarsol.

Apoplexie séreuse. — Cet accident redoutable est plus fréquent avec la méthode massive des 5 jours où les cas de mort sont estimés à 1 pour 200 ou 1 pour 300 par les Américains; mais on l'a malheureusement signalé avec tous les schémas de traitement. Cormia et Blauner sur 500 cas la trouvent dans *1,2 0/0*.

En France, le premier cas fut celui de Torlais, qui entraîna la mort après 5 injections de Fontarsol à 0 gr. 12. Depuis, ont été publiés l'observation de Coste, Marceron, Durupt et Deniziot qui survint au 9e jour d'un traitement par le 4.000 M et se termina par la guérison, le cas de Degos, Delort, Hewitt, J. Pinard (1945) où la mort survint après la 8e injection de fontarsol, le cas de Touraine, Lortat-Jacob, Couder et Vissian où la mort survint après la 12e injection de fontarsol. Eu égard au petit nombre de malades traités par l'arsénone en France, nous trouvons que

(1) Cormia and S. Blauner. Reactions to twenty-day intensive therapy with Mapharsen and Bi for syphilis. *Am. J. of syph. gono. and vener. diseases*, 31 mars 1947, pp. 135-149.

la proportion en est considérable, 1 pour 1.000 à 1 pour 1.500 environ, et nous paraît plus forte que celle observée avec les arsénobenzols. Le pourcentage de mort est également supérieur à celui du même accident avec le 914.

En résumé, nous voyons que les arsénones ont les avantages et les inconvénients des arsénobenzols. Leur pouvoir de cicatrisation est rapide, mais ne nous paraît pas supérieur à celui du 914. L'action des arsénones à longue échéance ne nous est pas connue avec précision, et l'on ne peut affirmer qu'elles donnent la même garantie que le novarsénobenzol pour la guérison apparente de la syphilis.

Les petits accidents des arsénones sont fréquents et obligent souvent à interrompre le traitement. Si la crise nitritoïde et l'érythrodermie paraissent beaucoup plus rares qu'avec le 914, l'apoplexie séreuse nous paraît plus fréquente.

Quels sont donc leurs avantages ? La rapidité de la cure qui ne dure que 15 à 20 jours. On a beaucoup insisté sur ce raccourcissement de la période d'hospitalisation; en principe, c'est un avantage social puisqu'il permet de faire des économies de temps et d'argent, avantage évident pour le traitement des troupes en campagne, pour les marins; mais le Pollitzer est encore plus rapide. Avantage moins évident pour les prostituées, qui sont rendues à la liberté plus tôt qu'après un traitement par le 914, ce qui, comme l'a dit R. Degos, est peut-être plus un inconvénient qu'un avantage du fait de la contagiosité encore possible. D'autre part, le rythme quotidien des injections impose un jeûne répété au patient, le nombre des incidents ou accidents oblige à une surveillance minutieuse et commande l'hospitalisation, ce qui restreint singulièrement l'emploi de pareils traitements. Bien que R. Degos, Hewitt et J. Pinard aient pu traiter un lot de 110 malades ambulatoirement, cela ne nous paraît pas une méthode à généraliser en pratique de ville ou de dispensaire.

Enfin, il est un autre argument qui a sa valeur : de nombreux syphiligraphes français, en 1944, 1945, ont utilisé les arsénones; combien y en a-t-il actuellement qui continuent à s'en servir de façon régulière ?

La vogue considérable du Mapharsen en Amérique nous paraît due surtout à la possibilité de raccourcir le traitement, la lutte contre la durée du traitement antisyphilitique semble une obsession pour les syphiligraphes américains. Notre vieille Europe n'est pas aussi pressée, et le facteur temps, s'il a son importance, ne sera pas notre seul guide dans le choix du traitement de la syphilis.

III. — Les arsenicaux pentavalents.

Ehrlich et Hata après leurs expériences sur la spirillose des poules avaient conclu que les dérivés de l'acide arsinique étaient moins actifs que les arsenicaux trivalents et avaient rejeté leur emploi dans le traitement de la syphilis. Pourtant en France, Mouneyrat avait en 1909 préparé l'hectine dont Balzer et Hallopeau avaient vanté les mérites, vite éclipsés par l'apparition du 606.

C'est en 1921 que Fourneau, Tréfouel et Mme Tréfouel reprirent l'étude des arsenicaux pentavalents et préparèrent divers dérivés de l'acide arsinique, notamment le stovarsol.

Fourneau voulait obtenir une médication antisyphilitique active par voie buccale, les arsiniques perdant moins leur activité que les arsénobenzènes par cette voie. Ces espoirs n'ont pas été confirmés, du moins chez l'adulte. On utilisa donc les arsenicaux pentavalents surtout par voie parentérale.

S'ils ont à peu près la même toxicité générale que les trivalents, les pentavalents ont pour eux une redoutable complication : la névrite optique, qui doit encore en restreindre l'emploi dans le traitement habituel de la syphilis.

Nous envisagerons l'action des arsenicaux par *voie parentérale* et *par voie buccale*.

A) *Par voie parentérale*, les pentavalents comprennent d'une part des médicaments à faible concentration d'arsenic, et d'autre part le stovarsol aux indications très particulières.

L'hectine n'est plus guère employée comme antisyphilitique.

L'acétylarsan par contre, malgré sa faible teneur en arsenic (moins de 5 centigrammes par centimètre cube) est encore utilisée par certains praticiens du fait de son emploi commode, voire même par quelques syphiligraphes (Vernes). Nous n'hésitons pas à condamner son emploi dans le traitement de la syphilis récente, car si son activité est insignifiante en pareil cas sa toxicité comme celle des autres pentavalents peut se manifester sur le rein et surtout sur le nerf optique, et il nous paraît téméraire de risquer une névrite optique pour des résultats thérapeutiques aussi minces. On peut en dire autant de tous les composés voisins : arsaminol, pentarsyl, etc....

Le stovarsol sodique, par contre s'il n'est guère utilisé dans le traitement de la syphilis en général, s'est révélé le meilleur traitement de la syphilis neuro-parenchymateuse. Tous les travaux des neurologues et des syphiligraphes ont confirmé les données de Sézary et Barbé qui l'ont préconisé les premiers dans le traitement de la paralysie générale (1924).

Sézary (1) est revenu récemment sur les résultats obtenus sur 500 malades et a insisté sur certaines particularités de son utilisation. Il importe en effet de se conformer à une posologie assez stricte, 21 à 25 injections, la première à 0 gr. 50, les suivantes à 1 gramme à raison de 3 par semaine, par voie intramusculaire. Les séries sont espacées d'un mois ou un mois et 1/2 pendant la première année, deux mois au cours de la deuxième année. Les contrindications restent avant tout, l'insuffisance rénale, le terrain alcoolique, l'état du fond d'œil. Les accidents oculaires sont rarissimes (1 sur 500) dit Sézary si les contrindications sont respectées.

Il est intéressant de signaler à ce propos, la controverse qui s'est élevée entre Sézary et l'école de Toulouse où Riser, Nanta, Bazex, non seulement ne considèrent pas le stovarsol comme particulièrement toxique pour le nerf optique, mais soutiennent même qu'il peut donner des résultats remarquables dans le traitement de la névrite optique syphilitique. Ces auteurs ont publié quelques résultats impressionnants, mais nous croyons que dans l'ensemble la prudence commande d'être réservé dans l'emploi du stovarsol s'il y a des lésions oculaires.

Les résultats obtenus varient suivant la forme psychique de la paralysie générale, ils sont meilleurs chez les malades atteints d'excitation psychique avec délire mégalomaniaque (amélioration dans les 2/3 des cas) que dans les formes dépressives (amélioration dans la 1/2 des cas). L'amélioration de l'état général est constante, la survie, la règle. L'action sur le liquide céphalo-rachidien est presque constante mais souvent plus tardive que sur les signes psychiques.

Sézary et Barbé insistent sur la nécessité d'un traitement précoce (2 fois plus de succès s'il est institué dans les trois premiers mois, et sur les meilleurs résultats obtenus dans les cas où la ponction lombaire montre une forte leucocytose :

46 o/o de résultats satisfaisants; 15,5 o/o de résultats assez bons chez des malades atteints depuis moins de trois mois d'une forme expansive avec leucocytose rachidienne supérieure à 80 éléments. Au contraire :

8,25 o/o seulement de résultats satisfaisants; 22,25 o/o d'assez satisfaisants dans les formes dépressives datant de plus de 3 mois avec leucocytose rachidienne inférieure à 10.

B) *Par voie buccale*, les arsenicaux pentavalents n'ont pas tenu les espoirs mis en eux par Fourneau, du fait de leur résistance aux sucs digestifs, tout au moins en ce qui concerne la syphilis récente de l'adulte.

Le tréparsol dérivé formylé de l'acide arsinique a été préconisé par Milian, Clément Simon dans le traitement de la syphilis entre les séries de médication plus actives. Clément Simon le prescrit à raison de 4 comprimés par jour à 0 gr. 25 les 4 premiers jours de la semaine pendant 8 à 10 semaines. Milian le faisait prendre au milieu du repas du soir, à la même dose d'un gramme pendant un mois.

(1) A. Sézary. Le traitement de la paralysie générale par le stovarsol sodique. *Actualités dermato-vénéréologiques*, 1945, pp. 32-39.

Nous l'avons utilisé de cette façon, mais il faut bien savoir que les arsenicaux même par voie buccale peuvent (rarement d'ailleurs) entraîner des accidents graves comme l'encéphalopathie arsenicale, dont nous avons avec Milian rapporté un cas mortel en 1928 (1).

Le stovarsol (dérivé acétylé et non stovarsol sodique), spirocid allemand, acétarsone américaine, a été peu employé dans le traitement de la syphilis de l'adulte. Par contre, tout récemment, A. Touraine (2), L. Périn (3) ont attiré l'attention sur le traitement de la syphilis congénitale par le stovarsol buccal qui connaît à l'étranger une vogue considérable.

C'est pourtant en France, qu'il fut employé pour la première fois par L. Guillemot en 1924, par Dupérie, Cadenaule et Clarac (de Bordeaux) et bien que signalé par de nombreux pédiatres français : Marfan, Nobecourt, Pého, Aviragnet, il eut peu de succès chez nous. C'est surtout en Allemagne, en Suisse, en Europe centrale, en Italie, en Russie, en Amérique du Nord qu'il fut largement employé et suscita de nombreux travaux.

Employé à doses assez variables, d'abord fortes quelque soit l'âge de l'enfant, il provoqua des accidents et on arriva à le proportionner comme tous les arsenicaux au poids du patient.

Bratush et Marrain (1) donnent des cures de 2 mois à raison de 5 milligrammes : à 2 centigrammes par kilogramme de poids et par jour (0,05 à 0,20 par jour pour un enfant de 10 kilogrammes, 0,10 à 0,40 par jour pour un enfant de 20 kilogrammes) ; soit une dose totale de 10 gr. 50 pour un enfant de 10 kilogrammes, 21 grammes pour un enfant de 20 kilogrammes.

L'action sur les lésions syphilitiques est rapide, les manifestations cutanéo-muqueuses guérissent en 7 à 10 jours, les ostéochondrites en 2 à 3 semaines, la splénomégalie, l'hépatomégalie, en 2 à 3 mois.

Les réactions sérologiques se négativent habituellement après la deuxième cure pour Galtmann mais Traisman (2) a signalé un pourcentage d'échec sérologique de :

19,4 o/o chez les enfants de moins d'un an ;

59,1 o/o chez les enfants de 1 à 6 ans ;

72,7 o/o chez ceux de 6 à 12 ans.

L'efficacité du stovarsol buccal est en effet bien plus marquée chez le nourrisson et dans le premier âge. Les résultats sont incertains au delà de 6 ans et tout à fait inconstants chez l'adulte. Il faut donc instituer le traitement très précocement.

Cette inégalité d'action suivant l'âge est un inconvénient que nous ne connaissons pas avec le sulfarsénol beaucoup plus utilisé en France en pratique infantile.

Comme avec tous les arsenicaux, des accidents ont été signalés, parfois légers mais parfois graves : myélite (Glaser), paraplégie spasmodique (Martin).

On voit donc que le stovarsol par voie buccale peut être un excellent traitement de la syphilis congénitale du nourrisson et de l'enfant du premier âge. Cette notion mérite de retenir l'attention en France où cette médication a été abandonnée. Par sa facilité d'emploi qui évite les piqûres elle peut rendre de grands services, à condition d'être employée à doses suffisantes, mais en tenant compte des contrindications habituelles de toute arsénothérapie, et en sachant lui associer les médications mercurielle et bismuthique, comme il est de règle dans toute syphilis active.

(1) Milian et G. Garnier. Un cas d'apoplexie séreuse par le tréparsol. *Revue fr. Derm. et Vénér.*, juin 1928, p. 359.

(2) A. Touraine. Le stovarsol dans le traitement de la syphilis congénitale. *Bull. Soc. fr. Derm. et Syph.*, 12 juillet 1945, p. 222.

(3) L. Périn. Traitement de la syphilis congénitale par le stovarsol buccal. *Annales Derm.*, octobre 1946, pp. 322-330.

(4) Bratush et Marrain. Wer und Durchfurhung der Spirocidbehandlungder syphilis in Kindesalter. *Kinderh.*, **92**, 1930, p. 26.

(5) Traisman. Treatment of congenital syphilis with acetarsone (stovarsol). *Amer. J. Dis. Childr.*, **46**, novembre 1933, p. 1027.

Conclusions

Nous croyons que les arsenicaux trivalents, et particulièrement les arsénobenzènes, restent, en dépit des critiques, un excellent médicament de la syphilis récente.

Les résultats obtenus sont au moins aussi bons (voire même meilleurs pour certains d'entre eux) que ceux des thérapeutiques proposées pour les remplacer.

Associés aux métaux lourds, ils se sont montrés depuis de longues années un excellent préventif des rechutes cliniques ou sérologiques et des accidents graves de la syphilis tardive.

Bien qu'il ne semble pas que les accidents aient augmenté de fréquence (sauf peut-être pour l'érythrodermie), les arsenicaux restent capables de provoquer des accidents graves, parfois mortels. Si faible soit le risque, il existe; c'est pourquoi l'on doit appliquer, très strictement, les règles des contre-indications et de la posologie classique.

Il est permis d'espérer que le B. A. L. pourra améliorer considérablement le pronostic de ces accidents graves.

Il ne nous semble pas que l'activité des arsénones soit supérieure à celle des arsénobenzènes. Leur mode d'utilisation en rend l'emploi difficile en dehors de la surveillance du milieu hospitalier. Leur seul avantage est de raccourcir la cure.

Les arsenicaux pentavalents ne comprennent par voie parentérale qu'un médicament actif, le stovarsol sodique, dont l'utilisation se limite à peu près au traitement de la paralysie générale. Par voie buccale le stovarsol peut constituer une thérapeutique active de la syphilis congénitale.

*
* *

Tel est actuellement le bilan de la thérapeutique arsenicale de la syphilis. Il nous paraît dans l'ensemble largement créditeur. Certes, il reste au passif la possibilité de ces accidents graves que redoutent tous ceux qui l'emploient. Faut-il, à cause d'eux, renoncer à cette thérapeutique ?

Nous sommes de ceux qui avons pensé jusqu'ici que ce risque pouvait être pris, étant donné la valeur de l'enjeu : la guérison clinique de la syphilis.

Il se peut que nous soyons amenés à modifier cette opinion, non pas en nous résignant à un traitement monomédicamenteux quel qu'il soit, mais en espérant que la mise au point d'une pénicilline-retard vraiment pratique nous permettra de recourir à une mycothérapie qui serait utilisée soit comme médication de remplacement à la moindre alerte survenue au cours d'un traitement arsenical, soit comme traitement d'attaque systématique de la syphilis en le faisant suivre d'un traitement par les métaux lourds.

Il se peut également que les essais entrepris par certains auteurs, à l'étranger et en France, utilisant la pénicilline associée aux arsénobenzènes, confirment cette impression que la mycothérapie augmente la tolérance de l'organisme aux arsenicaux comme aux autres antisyphilitiques.

Un avenir très proche, souhaitons-le, nous fixera sur ces espérances.

La place du mercure dans le traitement de la syphilis,

Par M J. RAVOIRE (Montpellier)

Au milieu du siècle dernier, le mercure regagne grâce à Fournier une place de premier plan dans la thérapeutique antisyphilitique. Mais l'avènement des arsenicaux et plus tard du bismuth va encore restreindre son emploi. Aujourd'hui, il

n'est trop souvent considéré que comme un médicament désuet et beaucoup de médecins ne l'utilisent même plus.

En effet, malgré l'avantage que constitue la diversité des préparations mercurielles, malgré la possibilité de les administrer par des voies différentes, des reproches sérieux peuvent être faits à cet agent thérapeutique.

Le premier, c'est son manque d'activité. Si d'après Sézary, l'arsenic trivalent mérite la côte 10, le bismuth la côte 8, l'arsenic pentavalent la côte 6, le mercure ne figure qu'avec la côte 4. Les lésions contagieuses s'effaçaient autrefois lentement lorsqu'on l'employait seul ou associé aux iodures et plus tard les contrôles sérologiques confirmèrent son inefficacité relative dans le traitement d'attaque de la syphilis.

Un autre grief : c'est sa toxicité. Toutes les médications antisyphilitiques exposent à des accidents, mais les doses thérapeutiques mercurielles efficaces sont voisines du seuil toxique et c'est pourquoi malgré des résultats prometteurs le traitement pluri-mercuriel de Jacquet a dû être abandonné. A l'heure actuelle, étant donné l'emploi restreint du mercure, cette notion de toxicité est surtout retenue dans les cas où des lésions rénales et hépatiques graves constituent des contre-indications formelles.

Aujourd'hui l'emploi du mercure tire ses principales indications des contre-indications mêmes des autres thérapeutiques. Il convient surtout au traitement de consolidation, au traitement de l'hérédo-syphilis. Enfin certaines localisations sensorielles et viscérales relèvent électivement d'un traitement mercuriel.

Les indications de ce traitement, très exactement fixées il y a quelques années par Gougerot, C. Simon, L. Perrin, Lévy-Bing n'ont pas été sensiblement modifiées par l'apparition des arsénones et de la pénicilline :

— traitement de consolidation et d'assurance contre la maladie;

— malades intolérants à l'arsenic ou au bismuth ou saturés de ces médicaments;

— malades arséno-résistants ou arséno-récidivants, bismutho-résistants ou bismutho-récidivants;

— malades chez lesquels on désire renforcer le traitement d'assaut arséno-bismuthique ou qui présentent des réactions humorales irréductibles;

— malades porteurs de manifestations oculaires spécifiques (Weissembach et Bash rappellent à ce sujet que les ophtalmologistes ont tendance à utiliser le mercure même quand la syphilis ne leur paraît pas évidente);

— malades atteints de méningo-névrites de l'auditif (Escat);

— malades atteints de lésions nerveuses scléreuses : hémiplégie, tabès fixé, paraplégie spasmodique, névrites (c'est surtout dans ce cas que les cures prolongées et même continues d'Abadie peuvent être faites);

— syphilis rénale (sous certaines réserves, le cyanure est très bien toléré);

— syphilis hépatique (Paul Blum a rappelé la valeur stimulante du mercure sur le foie);

— syphilis gastrique (Leven);

— syphilis aortique (Degos, Laubry et Lenègre ont insisté sur la nécessité de cures très prolongées).

A ces indications admises par la plupart des syphiligraphes il convient d'ajouter l'emploi du mercure préconisé par Brocq et Ravaut dans le traitement d'attaque avant les injections d'arsenic afin d'éviter ou d'atténuer les réactions d'Herxheimer possibles. De même, si Nicolas propose plus spécialement le mercure dans le traitement de la syphilis laryngée au début, Weissembach signale l'action absolument élective du calomel sur les glossites scléreuses si rebelles au traitement.

Nous insisterons enfin sur l'utilité de la thérapeutique hydrargyrique dans les manifestations si diverses de la syphilis héréditaire. La possibilité qu'offre le mercure de pratiquer un traitement dissimulé, la facilité de son emploi ainsi que l'intolérance fréquente des enfants à l'arsenic expliquent la faveur relative dont il jouit encore dans ce domaine.

Parmi les nombreuses préparations mercurielles, quelques-unes seulement sont employées dans la pratique courante.

Les produits injectables sont les plus utilisés et c'est le cyanure qui rend les plus grands services, c'est lui que l'on choisit au début du traitement d'attaque avant tout traitement arsenical et quelquefois même dans la cure d'assaut en le combinant à l'arsenic. Il convient plus spécialement à la syphilis rénale, même chez les albuminuriques, à la syphilis hépatique jusque dans ses manifestations ictériques, à la syphilis nerveuse ou oculaire, à l'aortite spécifique.

Malheureusement, ajoutées aux contre-indications générales de la thérapeutique mercurielle, quelques difficultés particulières en limitent son emploi (veines souvent impraticables, nécessité d'injections répétées et rapprochées, mauvais état digestif).

Il peut être alors remplacé par le bi-iodure d'une tolérance générale parfaite, mais à vrai dire peu employé sans doute en raison des douleurs qu'il provoque aux points d'injection.

L'abandon regrettable et presque complet de l'huile grise au cours de ces toutes dernières années vient peut-être en partie de difficultés que l'on avait à se procurer ce médicament sur les avantages duquel Lang, Neitter, Balzer, Barthélemy, etc... ont insisté. Sous certaines réserves (insuffisance rénale surtout) l'huile grise convient particulièrement au traitement de consolidation et d'entretien. Beaucoup lui préfèrent l'huile grise argentique, moins toxique et dont les injections sont moins douloureuses.

La voie *cutanée employée* dès le début de la thérapeutique mercurielle reste très utile, dans le traitement de l'hérédo-syphilis chez le nouveau-né prématuré ou débile, grâce à son indolence et la facilité de son emploi. Elle est aujourd'hui pratiquement abandonnée chez l'adulte. Elle reviendra peut-être en honneur à la suite des travaux de Raoul, Bernard, Ravaut, Buscke, Freymann, Montpellier, etc.,., qui ont émis l'hypothèse d'une immunisation favorable apportée au syphilitique par les lésions cutanées et que pourrait apporter aussi l'action irritative des frictions (Lévy-Bing et Carteaud).

La *voie rectale* n'est plus guère utilisée que chez l'enfant : alors qu'elle devrait l'être aussi largement chez l'adulte dans les syphilis viscérales digestives, ménageant ainsi l'estomac, et chez la femme enceinte en fin de grossesse.

La *voie gastrique* a le seul avantage de permettre un traitement dissimulé. Ainsi absorbé, le mercure, associé ou non aux iodures, malgré la diversité des préparations proposées ou réalisées est souvent mal toléré et n'a plus qu'une efficacité douteuse.

Ainsi le mercure, médicament qui a fait ses preuves depuis longtemps devrait être plus souvent employé. Ses indications restent nombreuses et s'il n'occupe plus qu'une place de second rang dans le traitement actuel de la syphilis il mérite de la conserver.

Action comparée de la pénicilline G cristallisée et de deux pénicillines colorées (titrant l'une 78 O/O, l'autre O O/O de pénicilline G) dans le traitement de la syphilis récente,

Par MM. H. GOUGEROT et J. SCHNEIDER (Paris)

La question de l'activité des différentes pénicillines est encore discutée. Elle intéresse, au plus haut point, le syphiligraphe puisque les auteurs croient à une efficacité plus grande de la pénicilline G.

En effet, pendant l'année 1946, la connaissance de la chimie de la pénicilline a fait de très grands progrès, la formule générale de la pénicilline a été déterminée et l'on a isolé dans la pénicilline brune 4 types :

1° Pénicilline F ou pentenyl-pénicilline;
2° Pénicilline G ou benzyl-pénicilline;
3° Pénicilline X ou *p*-hydroxybenzyl-pénicilline:
4° Pénicilline K ou *n*-heptyl-pénicilline.

Ce sont les syphiligraphes américains qui, les premiers, attirèrent l'attention des chimistes sur l'importance probable de la pénicilline G, en démontrant expérimentalement que 25.000 U. de pénicilline G faisaient disparaître la spirochétose de la souris en 3 heures, alors qu'après 20 heures, une dose de 100.000 U. de pénicilline K n'avait qu'une action transitoire.

Nous n'avons jusqu'à présent aucune précision sur les résultats de l'expérimentation clinique de la pénicilline G aux U. S. A.

Le seul travail clinique dont nous avons eu connaissance a été fait, en France, par Durel, qui en janvier 1947, rapporta les résultats obtenus chez 8 malades syphilitiques traités avec la pénicilline G cristallisée, administrée à des posologies variant de 1.200.000 U. à 4.050.000 U. en 8 jours, cure suivie d'un traitement par un sel de bismuth liposoluble.

Les résultats de cette expérience sont rapportés sans autre commentaire qu'une « impression » de résultat supérieur à ceux observés précédemment avec les pénicillines colorées, supériorité surtout marquée en ce qui concerne l'action sur la sérologie.

Une expérience comparée fut conduite par nous à la Clinique des maladies cutanées et syphilitiques de l'Hôpital Saint-Louis, de décembre 1946 à mars 1947.

Dans cette expérimentation, nous avons essayé d'apprécier l'activité de diverses pénicillines.

Protocole expérimental

1° *Types de pénicilline expérimentés.* — Nous avons expérimenté trois types différents de pénicilline :

I. — Une pénicilline colorée américaine titrant 78 o/o en pénicilline G ;
II. — Une pénicilline colorée américaine titrant o o/o en pénicilline G ;
III. — Une pénicilline G pure, cristallisée, de fabrication française (1).

2° *Posologie.* — Pour obtenir des résultats comparables entre eux, nous avons utilisé la posologie communément adoptée dans le traitement de la syphilis, soit : 2.400.000 U. en 7 jours et demi, réparties en injections de 40.000 U. faites toutes les trois heures.

Pour juger de l'activité des diverses pénicillines, nous avons laissé ces malades sans autre traitement pendant une période de 6 semaines.

3° *Contrôle des résultats.* — Nous avons traité 15 malades dont 7 cas de syphilis primaire, 7 cas de syphilis secondaire et un cas de syphilis sérologique.

Les tests d'activité choisis par nous ont été :

a) l'épidermisation des lésions muqueuses ou la disparition des lésions cutanées.

b) la négativation des réactions sérologiques, dans le délai des 6 semaines que nous nous étions fixé.

Observations

N° 1. — Gou..., 27 ans, n° 148.414.

Deux chancres de la verge. Papules de syphilis secondaire sur la face.
Entre le 18 février 1946. Ultra +. Bordet-Wassermann o o ++++.
Traité du 1er au 8 mars par pénicilline *M 78 0/0* : 2.400.000 U.
Le 8 mars, cicatrisation des chancres au 2/3 et disparition des papules.
Épidermisation complète le 11 mars.

(1) Les dosages en Pénicilline G, des pénicillines colorées et la pénicilline G cristallisée nous ont été fournis par les laboratoires Rhône-Poulenc-Spécia.

Bordet-Wasserman :

Début de traitement	0 0 ++++
Fin de traitement	0 0 ++++
Après 1 semaine	0 0 ++++
» 2 »	0 0 ++++
» 3 »	pas revu
» 4 »	pas revu
» 5 »	pas revu
» 6 »	8 8 ++++

N° 2. — Gar..., 30 ans, n° 148.455.

Deux chancres du fourreau apparus vers le 15 décembre 1946.
Entre le 31 décembre 1946. Ultra +. Bordet-Wassermann ++++.
Traité par pénicilline *M 78 0/0* du 1er au 8 janvier 1947 : 2.400.000 U.

Le 2 janvier, apparition sur le gland de trois petites papules.
Le 8 janvier, disparition des papules ; début de l'épidermisation d'un des chancres.
Le 10 janvier, un chancre complètement épidermisé, l'autre à moitié.
Le 18 janvier, épidermisation complète.

Bordet-Wassermann :

Début de traitement	2 0 ++++
Fin de traitement	8 6 ++++
Après 1 semaine	8 8 —
» 2 »	8 8 —
» 3 »	8 8 —
» 4 »	8 8 —
» 5 »	8 8 —
» 6 »	8 8 —

N° 3. — Hed..., 29 ans, n° 147.916.

Entre le 24 décembre 1946. Chancre du gland apparu vers le 2 décembre. Ultra +. Bordet-Wassermann 0 0 ++++.
Traité à la pénicilline *M 78 0/0* du 29 décembre 1946 au 5 janvier 1947 : 2.400.000 U.

7 janvier 1947, chancre épidermisé.

Bordet-Wassermann :

Début de traitement	0 0 ++++
Fin de traitement	0 0 ++++
Après 1 semaine	0 0 ++++
» 2 »	0 0 ++++
» 3 »	4 0 ++++
» 4 »	8 8 ++++
» 5 »	8 8 ++++
» 6 »	8 8 ++++

N° 4. — Dut..., 35 ans, n° 148.460.

Entre le 7 janvier 1947. Syphilis secondaire papuleuse généralisée typique, plaques muqueuses péri-anales.
Ultra +. Bordet-Wassermann 0 0 ++++.
Traité à la pénicilline *L 0 0/0* du 7 janvier 1947 au 15 janvier 1947 : 2.400.000 U.

Le 12 janvier 1947, papules disparues.
Le 18 janvier 1947, plaques muqueuses cicatrisées et épidermisées.

Bordet-Wassermann :

Début de traitement	0 0 ++++
Fin de traitement	0 0 ++++
Après 1 semaine	0 0 ++++
» 2 »	0 0 ++++
» 3 »	0 0 ++++
» 4 »	0 0 ++++
» 5 »	0 0 ++++
» 6 »	6 4 ++++

N° 5. — Lem..., 28 ans, n° 148.497.

Entre le 31 décembre 1946 pour papules, syphilis secondaires généralisées. Traité par pénicilline *L 0 0/0* du 8 au 15 janvier 1947 : 2.400.000 U.

Le 14 janvier, les papules ont disparu.

Bordet-Wassermann :

Début de traitement	o o + + + +
Fin de traitement	o o + + + +
Après 1 semaine	2 o + + + +
» 2 »	o o + + + +
» 3 »	o o + + + +
» 4 »	o o + + + +
» 5 »	8 4 + + + +
» 6 »	6 4 + + + +

N° 6. — Arn..., 29 ans, n° 148.497.

Entre le 7 janvier 1947. Papules syphilis secondaires. Plaques muqueuses hypertrophiques sur les grandes lèvres. Ultra +. Bordet-Wassermann oo + + + +.
Traitement à la pénicilline *L 0 0/0* du 8 au 15 janvier 1947 : 2.400.000 U.

Le 13 janvier, lésions vulvaires épidermisées.
Le 14 janvier, persistance d'une pigmentation résiduelle des papules.

Bordet-Wassermann :

Début de traitement	o o + + + +
Fin de traitement	8 8 + + + +
Après 1 semaine	o o + + + +
» 2 »	o o + + + +
» 3 »	o o + + + +
» 4 »	o o + + + +
» 5 »	8 4 + + + +
» 6 »	?

N° 7. — Gor..., 24 ans, n° 148.116.

Mari atteint de syphilis secondaire. Ne présente aucune lésion visible.
Vue le 2 janvier 1947, Bordet-Wassermann 4 2 + + + ;
Vue le 8 janvier 1947, Bordet-Wassermann 8 6 + + + +.
Traitée par pénicilline *L 0/0* du 7 au 14 janvier 1947 : 2.400.000 u.

Bordet-Wassermann :

Début de traitement	4 2 + + +
Fin de traitement	6 4 + + + +
Après 1 semaine	4 2 + + + +
» 2 »	8 8 + + +
» 3 »	8 8 + + + +
» 4 »	?
» 5 »	8 8 + + + +
» 6 »	8 4 + + + +

N° 8. — Maj..., 26 ans, n° 148.415.

Entre le 8 janvier 1947. Chancre croûteux de la fourchette
Ultra +. Bordet-Wassermann 2 o + + + +.
Traitement à la pénicilline *L 0 0/0* du 9 au 16 janvier 1947 : 2.400.000 U.

Le 11 janvier, ultra.
Le 15 janvier, chancre épidermisé.

Bordet-Wassermann :

Début de traitement	2 o + + + +
Fin de traitement	o o + + + +
Après 1 semaine	8 8 + + +
» 2 »	o o + + + +
» 3 [illegible]	2 o + + + +
[illegible] 4 »	6 [illegible] + + + +
» 5 »	o o + + + +
» 6 »	8 8 + + +

N° 9. — Col..., 25 ans, n° 148.475.

Entre le 7 janvier 1947 pour syphilis secondaire, plaques muqueuses vulvaires et papules du thorax et de l'abdomen.
Ultra +. Bordet-Wassermann 00 ++++.
Traitement par pénicilline *L 0 0/0* du 8 au 15 janvier : 2.400.000 U.

Le 10 janvier, ultra.
Le 13 janvier, lésions vulvaires épidermisées.
Le 14 janvier, il persiste une pigmentation résiduelle des papules.

Bordet-Wassermann :

Début de traitement	0 0 ++++
Fin de traitement	8 4 ++++
Après 1 semaine	0 0 ++++
» 2 »	0 0 ++++
» 3 »	8 8 +++
» 4 »	0 0 ++++
» 5 »	0 0 ++++
» 6 »	8 8 ++

N° 10. — Fra..., Jacqueline, 16 ans, n° 148.498.

Entre le 8 janvier 1947 pour syphilis secondaire, muqueuse hypertrophique vulvaire.
Ultra +. Bordet-Wassermann 0 0 ++++.
Traitée à la pénicilline *L 0 0/0* du 9 au 16 janvier 1947 : 2.400.000 U.

Le 11 janvier, ultra : —.
Le 17 janvier, lésions cicatrisées et épidermisées.

Bordet-Wassermann :

Début de traitement	0 0 ++++
Fin de traitement	0 0 ++++
Après 1 semaine	0 0 ++++
» 2 »	0 0 ++++
» 3 »	4 0 ++++
» 4 »	0 0 ++++
» 5 »	6 + — traitée au bis-
» 6 »	4 + — muth à St-Lazare.

N° 11. — Dup..., 24 ans, n° 148.456.

Entre le 3 janvier 1947. Chancre du méat. Ultra +. Bordet-Wassermann 8 8.
Traitement par la *pénicilline G* du 4 au 12 janvier 1947 : 2.400.000 U.

Le 6 janvier, ultra : —.
Le 16 janvier, chancre épidermisé.

Bordet-Wassermann :

Début de traitement	8 8 —
Fin de traitement	0 0 ++++
Après 1 semaine	0 0 ++++
» 2 »	8 6 ++++
» 3 »	pas vu
» 4 »	8 8 —
» 5 »	8 8 —
» 6 »	8 8 —

N° 12. — Bea..., 20 ans, n° 147.920.

Entre le 31 décembre 1946. Chancre du sillon balano-préputial et roséole. Le chancre est apparu il y a deux mois et est cicatrisé.
Ultra —. Bordet-Wassermann 0 0 +++.
Traitement par *pénicilline G* du 4 au 11 janvier 1947 : 2.400.000 U.

Le 10 janvier 1947, la roséole a disparu.

Bordet-Wassermann :

Début de traitement	0 0 ++++
Fin de traitement	0 0 ++++
Après 1 semaine	0 0 ++++
» 2 »	0 0 ++++
» 3 »	4 0 ++++
» 4 »	8 6 +++
» 5 »	8 8 —
» 6 »	8 8 —

N° 13. — Niv..., Marie-Louise, 38 ans, n° 148.241.

Entre le 10 décembre 1946 pour chancre de la fourchette et roséole. Ultra +. Bordet-Wassermann 0 0 ++++. Traitée à la *pénicilline G* du 12 au 19 décembre 1946 : 2.400.000 U.

Le 13 décembre, ultra —. Le 18 décembre, épidermisation du chancre et disparition de la roséole.

Bordet-Wassermann :

Début de traitement	0 0 ++++
Fin de traitement	0 0 ++++
Après 1 semaine	0 0 ++++
» 2 »	8 8 ++++
» 3 »	0 0 ++++
» 4 »	2 0 ++++
» 5 »	8 8 ++++
» 6 »	8 8 —

N° 14. — Che..., 14 ans, n° 148.316.

Entre le 17 décembre 1946 pour chancre de la fourchette. Ultra +. Bordet-Wassermann 4 2 ++++. Traitement par *pénicilline G* du 17 au 24 décembre : 2.400.000 U.

Le 19 décembre, ultra —. Le 24 décembre, chancre épidermisé.

Bordet-Wassermann :

Début de traitement	4 2 ++++
Fin de traitement	0 0 ++++
Après 1 semaine	0 0 ++++
» 2 »	0 0 ++++
» 3 »	8 8 ++++
» 4 »	8 6 +++
» 5 »	8 8 —
» 6 »	8 8 —

N° 15. — Gue..., 29 ans, n° 148.289.

Entrée le 3 janvier 1947 pour syphilis secondaire hypertrophique ano-vulvaire et papuleuse du thorax. Ultra +. Bordet-Wassermann 0 0 ++++. Traitée par *pénicilline G* du 4 au 11 janvier 1947 : 2.400.000 U.

Le 6 janvier, ultra —. Le 8 janvier, épidermisation complète des lésions génitales. Le 11 janvier, la syphilis du thorax est en voie de disparition.

Bordet-Wassermann :

Début de traitement	0 0 ++++
Fin de traitement	2 0 ++++
Après 1 semaine	0 0 ++++
» 2 »	0 0 ++++
» 3 »	0 0 ++++
» 4 »	0 0 ++++
» 5 »	8 8 ++++
» 6 »	8 8 ++++

Pén. employée	Malades traités	Forme clinique	Résultats	Sérologie (1) Début du traitement	Fin du traitement	Après 1 semaine	Après 2 semaines	Après 3 semaines	Après 4 semaines	Après 5 semaines	Après 6 semaines
M... 78 o/o de P. G.	1) Gai..	Chancre	épiderm. 10 jours	o o + + + +	o o + + + +	o o + + + +	o o + + + +	—	—	—	8 8 + + +
	2) Gar..	Chancre	épiderm. 17 jours	2 0 + + + +	8 6 + + + +	8 8 —	8 8 —	8 8 —	8 8 -	8 8 —	8 8 —
	3) Hed.	Chancre	épiderm. 9 jours	o o + + + +	o o + + + +	o o + + + +	o o + + + +	4 0 + + + +	8 8 + + + +	8 8 + + + +	8 8 + + + +
L... titrant o o/o Pén. G.	4) Dut..	Syphilis secondaire muqueuse	épiderm. 11 jours	o o + + + +	o o + + + +	o o + + + +	o o + + + +	o o + + + +	o o + + + +	o o + + + +	6 4 + + + +
	5) Lem.	Syphilis secondaire papuleuse	disparu 6 jours	o o + + + +	o o + + + +	2 0 + + + +	o o + + + +	o o + + + +	o o + + + +	8 4 + + + +	6 4 + + + +
	6) Arn	Syphilis secondaire muqueuse	épiderm. 5 jours	o o + + + +	8 8 + + + +	o o + + + +	o o + + + +	o o + + + +	o o + + + +	8 4 + + + +	—
	7) Gor..	Syphilis secondaire sélorog.		4 2 + + +	6 4 + + + +	4 2 + + + +	8 8 + + +	8 8 + + + +	—	8 8 + + + +	8 4 + + + +
	8) Maj..	Chancre	épiderm. 6 jours	2 0 + + + +	o o + + + +	8 8 + + +	o o + + + +	2 0 + + + +	6 2 + + + +	o o + + + +	8 8 + + +
	9) Col	Syphilis secondaire muqueuse	épiderm. 5 jours	o o + + + +	8 4 + + + +	o o + + + +	o o + + + +	8 8 + + +	o o + + + +	o o + + + +	8 8 + +
	10) Fra..	Syphilis secondaire muqueuse	épiderm. 7 jours	o o + + + +	o o + + + +	o o + + + +	o o + + + +	4 0 + + + +	o o + + + +	6 + —	4 + —
Pén. G. cristallisée	11) Dup	Chancre	épiderm. 11 jours	8 8 —	o o + + + +	o o + + + +	8 6 + + + +	—	8 8 —	8 8 —	8 8 —
	12) Bea..	Roséole	Disparu 6 jours	o o + + + +	o o + + + +	o o + + + +	o o + + + +	o o + + + +	8 6 + + +	8 8 + —	8 8 —
	13) Niv..	Chancre	épiderm. 6 jours	o o + + + +	o o + + + +	o o + + + +	8 8 + + + +	o o + + + +	2 0 + + + +	8 8 + + + +	8 8 —
	14) Che..	Chancre	épiderm. 7 jours	4 2 + + + +	o o + + + +	o o + + + +	o o + + + +	8 8 + + + +	8 6 + + +	8 8 —	8 8 -
	15) Gue..	Syphilis secondaire muqueuse	épiderm. 4 jours	o o + + + +	2 0 + + + +	o o + + + +	o o + + + +	o o + + + +	o o + + + +	8 8 + + + +	8 8 + + + +

(1) *Sérologie* : notation de la Clinique de l'Hôpital Saint-Louis ; 1er chiffre = B. W. classique ; 2e chiffre = Hecht-Ronchèse ; 3e chiffre = Kahn ; o = positif total ; 8 = négatif.

Conclusions

Tels sont les faits :

1° Nous avons pu vérifier l'activité, déjà démontrée, de la pénicilline dans le traitement de la syphilis récente, à la dose de 2.400.000 U. en 7 jours et 1/2. Cette action a été vérifiée pour les trois types de pénicilline utilisés.

2° Nous n'avons trouvé que peu de différence d'action entre la pénicilline colorée titrant 0 o/o en pénicilline G et la pénicilline G pure sur les lésions cliniques de la syphilis et sur leur épidermisation.

3° Nous remarquons une supériorité indiscutable de la pénicilline G dans la négativation des réactions sérologiques, où la période « d'inertie sérologique » est globalement raccourcie de deux semaines.

Et au point de vue pratique, que conclure ?

4° La pénicilline G étant de conservation facile, ne nécessitant pas la glacière, sera d'une grande commodité en pays subtropicaux et tropicaux, et même dans les pays tempérés; mais elle est plus coûteuse puisqu'elle résulte d'une purification et, dans cette purification, la plus grande partie des autres pénicillines est perdue. Or, puisque les autres pénicillines sont néanmoins actives, il semble qu'au point de vue économique, lorsqu'on a l'organisation nécessaire de conservation (glacière) il est plus pratique d'employer la pénicilline complexe, mais en la chargeant d'une proportion (par exemple de 50 o/o) de pénicilline G. Il semble, au contraire, qu'en pays chauds, la pénicilline G sera plus pratique.

Bibliographie

1. Le caractère changeant de la pénicilline commerciale. Comittee on Medical Research of the Unites States, Health Service. *J. A. M. A.*, vol. **121**, n° 4, 25 mai 1946, pp. 271-274.
2. Buck (M.), Farr (A. C.) et Schnitzer (R. J.). — La différenciation des pénicilines G et K par une méthode d'essai *in vivo*. *Science*, 18 octobre 1946, p. 371.
3. Durel (P.), Ratner (V.), Siboulet (A.) et Guibert (J.). — La pénicilline G. Premiers essais. *Soc. Française de Dermatologie*, 9 janvier 1947.
4. Eagle (H.) et Musselman (A.). — Les bases pharmacologiques et l'activité thérapeutique réduite de la pénicilline K par rapport à celle des pénicillines F, G et X. *Science*, 17 mai 1946, vol. **103**, n° 2681, p. 618.
5. Sheehan, Mader et Gram. — Méthode chimique de dosage de la pénicilline G. *Jl of Am. Chem. Soc.*, 1946, **68**, p. 2407.

Pénicilline et immunité dans la syphilis expérimentale,

Par MM. P. GASTINEL et P. COLLART (Paris)

Nous envisageons ici, non pas l'activité de la pénicilline dans le traitement de la syphilis expérimentale mais le comportement des lapins syphilitiques soumis à cet antibiotique vis-à-vis des processus immunitaires.

Ces recherches font suite à nos travaux antérieurs sur la nature de l'immunité et le débat toujours ouvert entre les deux thèses qui s'affrontent : immunité d'infection ou immunité acquise.

Dans une communication précédente à l'Académie, nous avions montré que des animaux infectés depuis trois mois et ayant subi à ce moment une cure arsenicale, par conséquent *tardive*, mais *intensive*, pouvaient être parfaitement stérilisés et que l'état réfractaire dans lequel ils se trouvaient ne témoignait pas de l'existence d'une immunité d'infection mais bien d'un processus acquis persistant alors même que les tréponèmes ont disparu de l'organisme. La durée de cette période ne dépasse

guère un an. Ce stade passé, l'animal peut être réinfecté, mais seulement selon le mode inapparent pour n'offrir que plus tard une réceptivité nouvelle et totale vis-à-vis d'un apport virulent. Ces constatations se retrouveraient-elles après pénicillinothérapie ?

Dans ce but nous avons traité tardivement des lapins dont l'infection syphilitique remontait de 96 à 296 jours par des doses de pénicilline variant entre 20 et 50.000 U. O. par kilogramme (soit 80 à 100.000 U. O. au total) injectées en quatre fois en 24 heures.

Sur ce lot un seul passage ganglionnaire (d'un animal qui n'avait reçu que 80.000 U. O. de pénicilline) à un lapin neuf, mit en évidence, dans ce cas, l'échec de cette thérapeutique; et trois recherches de spirochétogènes (par la méthode de Séguin) dans le broyat d'adénites inguinales se révélèrent positives. Par contre, chez tous les autres animaux, l'ensemble des résultats négatifs permet d'affirmer que la stérilisation fut bien obtenue.

Puis, une première série de réinoculations sous-scrotales fut pratiquée dans des délais compris entre 13 et 54 jours après le traitement ; celles-ci restèrent sans effet, tous les transferts ganglionnaires et les examens microscopiques furent négatifs. La réinfection précoce après traitement tardif et stérilisant se montra donc impossible.

Réinoculant une seconde fois 148 jours à 183 jours après la cure thérapeutique, on ne peut encore constater à ce stade le développement d'aucun chancre, toutefois chez un seul de ces animaux le passage ganglionnaire à un sujet neuf, révéla l'existence d'une *syphilis inapparente*, tous les autres restant stériles.

Enfin, lors d'une troisième tentative de réinfection 306 à 401 jours après la pénicillothérapie, on put assister à l'évolution chez un lapin, d'une lésion primitive typique, affirmant ainsi chez cet animal la récupération de la sensibilité première. Mais tous les autres animaux se montrèrent encore réfractaires à cet apport virulent.

Nous pouvons conclure que :

1° La pénicilline aux doses que nous avons employées peut donc permettre d'obtenir une stérilisation totale. Mais elle serait sans doute réalisée avec une plus grande fréquence si on appliquait une thérapeutique plus forte comme dans les protocoles de Bessemans et Derom.

2° Dans les conditions expérimentales où nous nous sommes placés, on peut voir se succéder les mêmes phases immunitaires que lors de l'arsénothérapie, c'est-à-dire qu'après une période de non-réceptivité absolue, à toute nouvelle réinoculation, durant 6 mois à un an, les réinfections s'effectuent d'abord selon le *mode inapparent* et ce n'est qu'*après ce délai* que les lapins syphilisés et traités tardivement sont susceptibles de récupérer leur *réceptivité primitive*.

Impressions sur le rôle de la pénicilline en syphilithérapie,

Par M. Clément SIMON (Paris)

Je n'ai rien de particulier à ajouter au lumineux rapport de mon vieil ami Tzanck. Je voudrais seulement faire quelques réflexions sur la valeur des tests généralement employés pour juger de la valeur des médicaments antisyphilitiques.

1° *La rapidité de la disparition des tréponèmes.* — Ce test ne peut guère servir de comparaison car le résultat des recherches à l'ultra-microscope est fort variable suivant l'observateur. Il dépend de l'entraînement de celui-ci du temps dont il dispose, de sa patience, etc.... Il n'est pas rare qu'un deuxième ou troisième prélèvement rencontre des tréponèmes qui semblaient absents dans le premier.

2° *L'abaissement de la courbe sérologique.* — En ce qui concerne la pénicillothérapie, on ne devrait même pas parler de cette recherche, du moins pour la technique actuelle qui comporte 2.500.000 U. O. et 7 à 8 jours de traitement. En effet aucun médicament jusqu'ici n'a eu d'action sensible sur cette courbe après une seule semaine de traitement. La pénicilline n'échappe pas à cette règle.

3° *L'examen clinique.* — C'est je crois le moins mauvais test, encore qu'il soit loin d'être parfait. Les termes de cicatrisation, d'affaissement, d'épidermisation sont vagues. Je me suis bien souvent trouvé en désaccord avec mes collaborateurs. Telle lésion, guérie pour l'un ne l'était pas pour l'autre. Cependant je pense qu'un syphiligraphe expérimenté et suivant lui-même ses malades se fait assez vite une opinion s'il a soin de comparer les lésions comparables. Il va de soi qu'un gros chancre induré ne guérit pas aussi vite qu'un chancre érosif, que les syphilides papulo-hypertrophiques sont plus résistantes que de simples papules, etc...

Compte tenu de ces réflexions, mon opinion est que la pénicilline employée seule pendant une semaine seulement donne les résultats analogues à ceux du bismuth et des arsénobenzènes. Pour le moment, je crois qu'il faut s'en tenir là.

Pour comparer la pénicilline aux autres médicaments il faudrait faire un traitement aussi prolongé que les traitements que nous employons avec l'arsenic ou avec le bismuth.

Pénicilline et syphilis,

Par MM. J. GATÉ et J. PELLERAT (Lyon).

Nous rapportons le bilan des résultats obtenus chez une centaine de malades atteints de syphilis variées et traitées par la pénicilline ordinaire ou la pénicilline G.

Notre traitement pénicilliné d'attaque a comporté 3.200.000 U. de pénicilline ordinaire ou 2.400.000 U. de pénicilline G.

Nous n'insisterons pas sur le blanchiment et la disparition rapide des tréponèmes que permet d'obtenir la pénicillinothérapie, point sur lequel nous nous sommes étendus à la Réunion Dermatologique de Strasbourg en juin 1946.

Dans les syphilis récentes, les accidents muqueux disparaissent en 8 à 10 jours, les accidents cutanés réagissent souvent remarquablement et en règle générale, les lésions sont cicatrisées en fin de traitement. Toutefois, nous avons noté à plusieurs reprises que les chancres ulcéreux, les chancres phagédéniques, les chancres du fourreau régressaient lentement et que la seule pénicillinothérapie par voie générale était insuffisante pour obtenir une cicatrisation dans les délais habituels. L'application locale de pénicilline sur les chancres infectés et les chancres phagédéniques nous a paru favoriser indiscutablement la régression des lésions. Dans plusieurs cas de chancres cutanés, la cicatrisation n'a évolué rapidement qu'après la mise en œuvre de la bismuthothérapie.

Plusieurs cas de syphilis cutanées tertiaires ont remarquablement réagi à la pénicilline seule. Par contre, nous n'avons pas obtenu d'amélioration clinique spectaculaire dans les quelques cas de méningo-myélite syphilitique ou de tabès que nous avons traités.

Les réactions au traitement pénicilliné se sont montrées relativement rares, et sans gravité. Les douleurs provoquées par les injections intramusculaires nous paraissent liées beaucoup plus à une sensibilité individuelle qu'à une marque ou à certains lots de pénicilline ordinaire. Il est intéressant toutefois de noter que la pénicilline G n'entraîne aucune réaction locale et que nous l'avons utilisée avec succès à plusieurs reprises chez des sujets dont les réactions locales à la pénicilline ordinaire étaient particulièrement pénibles. Les accidents du type Herxheimer se sont soldés par des ascensions thermiques au cours des vingt-quatre premières heures, avec parfois une recrudescence des lésions cliniques; mais nous n'avons jamais noté d'accidents graves.

Les réactions abdominales avec retentissement gynécologique (douleurs, métrorragies) que nous avions notées avec une certaine fréquence au début de notre expérimentation paraissent actuellement rares. Une de nos malades traitée par la pénicilline G a présenté pendant 48 heures des douleurs à type de colique utérine, fait qui nous a paru paradoxal, étant donné l'absence d'action habituelle de la pénicilline G sur la corne utérine, expérimentalement.

Les points les plus importants de notre étude ont consisté, d'une part, à apprécier comparativement l'action de la pénicilline G et de la pénicilline ordinaire sur les lésions cutanéo-muqueuses, et d'autre part, l'action sur la sérologie de la pénicilline G ou ordinaire complétée par une cure bismuthique. Nous nous sommes enfin attachés à l'étude de la technique d'administration de la pénicilline au moyen du subtosan-retard (solution de polyvinyl-pyrrolidone à 20 ou 25 o/o).

1° Il nous paraît assez difficile d'établir un rapport d'activité des différentes pénicillines ordinaires à la pénicilline G en se basant uniquement sur le délai de cicatrisation des lésions cutanéo-muqueuses. Chaque cas est représenté par des accidents d'évolution plus ou moins récente et par des lésions anatomiques dont il est difficile d'apprécier cliniquement l'étendue et le potentiel de réparation. En fait, nous n'avons pas noté de différences d'activité considérables entre les deux pénicillines en nous basant sur ce test. Nous n'avons tiré de cette étude qu'une impression, en faveur de la pénicilline G.

Une étude comparative reposant sur la rapidité de la disparition des tréponèmes nous paraît également entachée d'erreurs en raison de la richesse variable des lésions en spirochètes et nous pensons qu'elle ne peut pas être retenue.

Ces restrictions ne sont bien entendu valables que pour apprécier comparativement la valeur de la pénicilline ordinaire et de la pénicilline G.

La teneur en pénicilline G des différents lots de pénicilline ordinaire est par ailleurs variable et doit être prise en considération. Étudiant une pénicilline américaine (P. Wyeth) titrant 90 o/o de pénicilline G, nous avons trouvé des résultats qui nous ont paru identiques à ceux obtenus avec la pénicilline G pure (spécilline).

Pour obtenir rapidement le blanchiment des lésions, il nous paraît donc préférable de recourir à la pénicilline G pure ou à une pénicilline ordinaire riche en variété G. Cette impression trouve un autre argument dans l'étude sérologique des malades dont la cure pénicillinée a été complétée par une série de 15 injections de sels de bismuth.

2° La sérologie de 40 de nos malades a été étudiée après une cure pénicillinée suivie d'une cure bismuthique, soit deux mois et demi environ après le début du traitement.

Sur 13 cas de syphilis primaire sérologique, nous avons obtenu 8 négativations sur 9 cas traités par la pénicilline ordinaire, 4 négativations sur 4 cas traités par la pénicilline G.

Sur 12 cas de syphilis secondaire, nous avons obtenu 2 négativations sur 6 cas traités par la pénicilline ordinaire, 4 négativations sur 6 cas traités par la pénicilline G.

Ces résultats plaident en faveur d'une activité plus importante de la pénicilline G, mais méritent d'être confirmés par des statistiques plus étoffées.

Dans 15 cas de syphilis sérologique irréductible aux traitements classiques, la pénicilline ordinaire ou la pénicilline G se sont montrées pratiquement sans action ; trois de nos malades ont reçu 2 cures de pénicilline à plusieurs mois d'intervalle avec cures bismuthiques intercalaires et ont gardé une sérologie positive.

Il est fréquent de voir dans les semaines qui suivent la cure pénicillinée une baisse du titre sérologique ; mais cette action est passagère, les réactions réapparaissant très fortement positives ultérieurement.

3° Nous avons enfin essayé de rendre plus pratique l'administration de la pénicilline et de diminuer le nombre des injections quotidiennes, assujetissantes à la fois pour le malade et le médecin.

Au début de nos essais, nous avons injecté à 6 heures d'intervalle 75.000 U. dans du sérum physiologique. Bien que cliniquement nous ayons obtenu par cette technique des résultats satisfaisants, l'étude de la pénicillinémie que nous avons effectuée en collaboration avec Mlle Murat nous a montré que le taux sanguin de pénicilline baissait rapidement et, confirmant ainsi les recherches des anglo-saxons, que cette technique ne permettait pas d'obtenir une imprégnation continue de l'organisme en pénicilline.

Dans un second temps, nous avons appliqué la même technique en utilisant du subtosan-retard à la place du sérum physiologique.

Ce véhicule retard nous a effectivement permis d'obtenir des concentrations sanguines de l'ordre de 0 U. 09 de pénicilline par centimètre cube 6 heures après l'injection. Si l'on considère que le taux bactériostatique théorique est de 0 U. 04 par centimètre cube, cette technique nous paraît très satisfaisante et nous avons antérieurement rapporté nos résultats confirmés par les recherches effectuées parallèlement par Durel et Mlle Ratner.

Plus récemment, nous avons modifié cette technique des 4 injections en la réduisant à 3 par jour pratiquées toutes les 8 heures et en injectant chaque fois 100.000 U. dans 10 centimètres cubes de subtosan-retard.

On ne retrouve plus de pénicilline dans le sang à la huitième heure avec la pénicilline ordinaire alors qu'on retrouve 0 U. 05 avec la pénicilline G. Nos recherches nous ont effectivement montré que la pénicilline G se maintient plus longtemps dans l'organisme et qu'à ce titre, cette variété présente un avantage sur la pénicilline ordinaire.

Parallèlement à ces essais, nous nous sommes assurés que les injections répétées de 30 centimètres cubes de subtosan-retard par jour pendant 11 jours n'avaient aucun retentissement rénal fâcheux. Avec Cotte, nous avons fait, avant et après traitement, des bilans comportant l'étude de la clearance-urée, le pourcentage d'épuration rénale, la constante d'élimination sécrétoire, le taux du chlore dans le sang et l'urine et dans aucun cas, nous n'avons noté de modification de la fonction rénale.

Plus récemment, nous avons entrepris l'étude du mélange pénicilline G-huile d'arachide cire (Romansky) véhicule-retard qui maintient plus longtemps encore le taux de pénicilline dans le sang, mais qui présente l'inconvénient de ne pas donner des taux sanguins élevés dans les premières heures qui suivent l'injection. L'importance de ce clocher pénicillinémique dans la lutte contre l'infection syphilitique reste à déterminer.

Des différents travaux que nous avons consacrés au traitement de la syphilis par la pénicilline au cours de cette dernière année il ressort que la pénicilline G présente une activité qui paraît supérieure à la pénicilline ordinaire, mais ceci demande à être confirmé par une expérimentation élargie. *A priori*, cette variété présente des avantages indéniables. Outre que ses caractères chimiques sont définis et qu'elle est thermostable, les injections sont indolores et elle se maintient plus longtemps dans le sang.

Du point de vue de la pratique de la pénicillinothérapie, enfin, le subtosan-retard constitue un excellent véhicule qui permet de réduire à trois injections par jour la dose journalière, tout en laissant à la pénicilline son activité. Ce véhicule garde son intérêt même vis-à-vis du mélange Romansky dont le seul avantage est de permettre une seule injection quotidienne, mais qui laisse un doute sur l'activité véritable de cette méthode. Quant à la valeur thérapeutique définitive de la pénicilline dans le traitement de la syphilis, nous continuons à la considérer comme une arme excellente dans la cure d'attaque de la tréponémose mais comme insuffisante à elle seule sinon dans cette cure d'attaque, au moins pour la suite du traitement et pour l'avenir éloigné des syphilitiques.

Difficultés du dosage de la pénicilline dans le sang. Allure générale des courbes selon les véhicules utilisés,

Par MM. P. DUREL, V. RATNER et R. SISSMANN (Paris)

Plusieurs méthodes de dosage de la pénicilline dans les humeurs ont été proposées :

1° Celle de Heatley est bien classique, elle a l'avantage de permettre le dosage sur des liquides recueillis sans précaution d'asepsie. Elle convient plus spécialement

à l'urine, aux sécrétions bronchiques, etc.... Elle est d'une sensibilité insuffisante pour doser la faible quantité de pénicilline que contient le sang.

2° La méthode des Slide-Cells, de Wright ou celle des tubes capillaires, de Fleming, peut doser de faibles quantités de pénicilline mais elle manque de précision.

3° La technique de Rammelkamp est basée sur le pouvoir d'inhibition que la pénicilline exerce vis-à-vis du streptocoque hémolytique. Ce dernier est ensemencé dans un milieu nutritif contenant des hématies; le degré d'hémolyse correspond au développement du germe, il est donc inversement proportionnel à la quantité de pénicilline contenue dans le liquide examiné. Cette technique est assez délicate et a l'inconvénient d'obliger à manipuler un germe virulent.

4° La méthode de Sureau est celle qui paraît le mieux convenir au dosage de la pénicilline dans le sang. C'est celle que nous avons adoptée, en voici le principe : on ensemence une série de tubes de culture contenant des doses croissantes de pénicilline avec un germe (staphylocoque) dont la croissance sera inhibée par la pénicilline. Pour rendre le dosage plus lisible, on ajoute un indicateur de *p*H (phénol sulfone phtaléine). Lorsque le staphylocoque se développe, le sucre du milieu nutritif fermente et l'indicateur vire du rouge au jaune.

Cette technique est donc très simple, sa sensibilité permet de reconnaître des doses de o U. 02 de pénicilline.

Nous avons pratiqué près d'un millier de dosages de pénicilline dans le sang et nous confirmons, d'une part les travaux de Lessiau qui montrent l'importance du facteur personnel dans la lecture des résultats et, d'autre part, ceux de Hirsh, de Romansky et de leurs collaborateurs qui soulignent combien les chiffres de la pénicillinémie peuvent varier d'un sujet à l'autre surtout avec le mélange oléocireux.

Après l'injection d'une dose donnée on trouve, à la même heure, selon les sujets, des taux de pénicilline qui peuvent varier de 1 à 10 et même plus.

Les chiffres trouvés dépendent de l'activité du malade; la pénicilline-retard se mobilise plus vite chez les sujets qui marchent que chez les malades alités.

D'autre part, nous nous sommes aperçu de la gêne qu'apportait, au dosage dans le sang, l'existence, chez certains sujets, de propriétés bactériostatiques propres de leur sérum. En effet, ces sérums s'opposent, par eux-mêmes, à la pousse du staphylocoque dans une proportion qui, estimée en pénicilline, peut être de o U. 10 au centimètre cube. Or, le seuil d'activité de la pénicilline selon les Américains est de l'ordre de o U. 04; on conçoit que si le pouvoir bactériostatique spontané des sujets en expérience est de o U. 10, il soit bien difficile de tenir compte des chiffres que donne le dosage lorsqu'ils sont faibles. Nous ne savons pas encore quels sont les sujets chez lesquels on retrouve ce pouvoir bactériostatique spontané; plusieurs fois nous l'avons rencontré chez des sujets qui avaient reçu une vaccinothérapie antérieure. On peut, évidemment, calculer le pouvoir bactériostatique du sujet avant l'injection de la pénicilline, l'estimer en pénicilline et retrancher le chiffre trouvé de celui qu'indique la lecture. Ceci nous paraît très critiquable car rien ne dit qu'il s'agit d'une simple addition; il est préférable d'éliminer les sujets qui présentent ce pouvoir bactéricide.

Ce qui précède explique que nous hésitions encore à publier des courbes de pénicillinémie chez des sujets recevant de la pénicilline dans divers véhicules. C'est pourtant sur ces courbes que l'on devrait se fonder pour savoir à quel rythme injecter la pénicilline aqueuse, la pénicilline-subtosan ou la pénicilline-Romansky ou tout autre forme de pénicilline retardée.

Nous voulons nous garder, dans l'état actuel de nos recherches, de donner des chiffres. Cependant le nombre de dosages que nous avons fait nous donne une idée de l'allure générale de la circulation de la pénicilline dans l'organisme.

Si l'on admet que, dans les maladies mineures, le seuil d'activité est de o U. 04 au centimètre cube de sang, on voit que ce seuil est maintenu pendant 4 heures environ avec la pénicilline aqueuse, pendant 7-8 heures avec la pénicilline-

subtosan, pendant 10 à 12 heures avec le mélange pénicilline-sang (1) et pendant 15 à 20 heures avec la pénicilline Romansky (nous parlons de pénicilline G et d'une dose de 300.000 U.).

Ceci nous indique de faire 6 injections par jour de pénicilline aqueuse, 2 à 3 de pénicilline-subtosan ou de pénicilline-sang et 1 à 2 de pénicilline-Romansky. L'expérience clinique nous montre d'ailleurs qu'il y a des tolérances dues aux variations de la pénicillinémie d'un sujet à l'autre et aussi aux variations du seuil utile d'une infection à l'autre et peut-être même d'un malade à l'autre.

BIBLIOGRAPHIE

Sureau. — *Ann. de l'Institut Pasteur*, t. **72**, nos 7-8, 1946.
Rammelkamp. — *Proc. Soc. Exp. Biol. et Med.*, t. **51**, no 665, octobre 1942, pp. 95-97.
Lessiau. — *Ann. Inst. Pasteur*, t. **72**, septembre-octobre 1946.
Hirsh (H. L.), Dowling, Vivino et Rotman-Kavka. — *Journal of Laboratory et Clinical Medicine*, janvier 1947.
Espinosa (M. M.). — Une méthode d'administration de pénicilline. *Brit. Med. Jal.*, no 4491, 1er février 1947, p. 197.
Romansky (N. J.). — Faits récents au sujet de la pénicilline cristallisée dans l'huile d'arachide et la cire d'abeille, présenté à la conférence sur « Antibiotic Research » tenue à Washington le 31 janvier et le 1er février 1947 sous les auspices de la section d'étude des Antibiotiques du *National Institute of Health*.

Cinquante et un cas de syphilis traités par la pénicilline

Par le Pr P. PHOTINOS (Athènes)

Nous avons l'honneur d'exposer devant vous quelques résultats obtenus après l'application de la pénicilline chez des malades de l'Hôpital Syngros suivant la méthode américaine que nous avons poursuivie dans les cliniques dermatologiques des États-Unis et surtout dans les fameux « Rapid Treatment Centres ».

C'est alors que dès notre retour à Athènes (septembre 1946) nous avons appliqué cette nouvelle méthode thérapeutique sur cinquante et un malades syphilitiques de notre clinique. Parmi ces malades nous avons choisi ceux qui portaient des lésions primaires (chancre et adénite) et secondaires. Mais sur ces derniers les malades qui présentaient en plus des plaques muqueuses. De cette façon, il nous a été facile de contrôler l'action bactériolycide de la pénicilline par la recherche du tréponème au fur et à mesure du traitement institué.

Plusieurs prises de sang nous ont indiqué parallèlement les résultats sérologiques.

Nous avons divisé nos malades en deux catégories.

La première se compose de 11 malades, traités par la pénicilline seule en dose de 50.000 U. toutes les trois heures, au total de 2.400.000 U.

Pour être brefs nous exposons seulement les résultats du laboratoire.

C'est alors que nous avons constaté que quand il s'agissait du chancre nous n'avions pu mettre en évidence le tréponème après la troisième piqûre. Même après la deuxième déjà il a fallu faire plusieurs champs visuels pour en déceler un. Dans les plaques muqueuses le tréponème disparaissait ordinairement dès la qua-

(1) On a récemment (Espinosa) montré que le sang retardait la fuite de la pénicilline. On dissout la pénicilline dans 5 centimètres cubes d'eau citratée à 2 o/o et additionnée de 2 o/o de novocaïne ; on prend 5 centimètres cubes de sang au pli du coude ; on verse dans la solution précédente, on agite et on injecte.

trième piqûre. Nous avons ponctionné nos malades et nous n'avons trouvé des réactions ou quelque autre signe pathologique.

La deuxième catégorie de quarante malades a subi le traitement mixte sous le titre de 10-24-3. C'est-à-dire 10 piqûres d'arsenic (de 6 grammes), 2.400.000 U. de pénicilline et 3 injections de bismuth.

Pour éviter les redites nous signalons que les résultats du laboratoire vis-à-vis du tréponème étaient les mêmes. Sauf quelques réactions de Herxheimer, nous n'avons observé aucune autre.

Si nous nous reportons à nos propres 51 observations, nous pouvons remarquer que :

1° Parmi nos malades traités par la pénicilline les quarante et un étaient des femmes et dix des hommes.

2° Le tréponème n'a pas pu être détecté vers la 4e ou maximum la 5e piqûre.

3° Dans la plupart de nos malades le Bordet-Wassermann est devenu négatif, un mois à peu près après le traitement.

4 Dans certains cas le liquide céphalo-rachidien a été complètement négatif.

Enfin, nous ne pouvons qu'avouer que la pénicilline agit énergiquement contre le tréponème, qui disparaît très vite des lésions syphilitiques ouvertes. De cette façon, il est très avantageux pour la lutte antivénérienne car les malades dans quelques heures peuvent redevenir non contagieux, diminuant ainsi le danger syphilitique.

Pr-Dr K. Gawalowski (Prague) — Nos expériences concernant l'action de la pénicilline sur les stades différents de la syphilis ne peuvent vous dire rien de nouveau, parce que la guerre n'a fini pour nous que en mai 1945.

L'action favorable est indiscutable, quoique assez lente, surtout sur les séro-réactions. La pénicilline est très avantageuse pendant la grossesse, mais le nombre de 25 femmes traitées au cours de la dernière année ne permet pas encore de tirer des conclusions définitives.

Chez nous, on reste fidèle au traitement classique combiné arsénobenzènes plus bismuth, et on n'emploie pas la pénicilline que dans le cas de nécessité, intolérance, grossesse, etc.... La dose employée monte toujours, actuellement nous sommes à 4-5 millions d'unités. Nous n'avons pas à signaler des inconvénients.

Quant à la question de tolérance des arsénobenzènes, le nombre de malades qui tolèrent mal une ou plusieurs préparations est maintenant beaucoup plus grand qu'avant la guerre. C'est ainsi qu'au cours d'une seule année, mai 1946-avril 1947, nous avons eu 9,3 o/o d'accidents chez les 256 malades traités à la clinique : 4 cas chez les malades traités ambulatoirement dans notre consultation, et 20 chez les malades alités. En voici la répartition des manifestations de l'intolérance :

	Consultation	Service	Tranférés
Syndrome angioneurotique	1		1
Erythème ortié		6	
Erythème du 9e jour		3	
Dermatitis post-arsénobenzène . . .		5	6
Icterus	1	3	2
Nephritis		3	
Encephalitis	2		1
	4	20	10

La troisième colonne représente les malades traités ailleurs et acceptés dans le service justement parce que les accidents étaient plus graves.

Les bismuthiques oléosolubles chefs de file du traitement individuel et de la prophylaxie de la syphilis,

Par M. G. PETGES (Bordeaux)

L'enthousiasme soulevé vers 1910 par la découverte et l'application au traitement de la syphilis et à sa prophylaxie des arsénobenzènes d'Ehrlich a été justifié et durable; les services qu'ils ont rendus et continuent à rendre sont incontestables; grâce à eux le mot de guérison peut être prononcé à bon droit. En l'absence de produits d'une activité au moins égale à la leur, nul n'aurait songé à limiter leur emploi, malgré les incidents et les accidents plus ou moins graves, parfois mortels constatés, eu égard au nombre considérable d'injections pratiquées. Leur haute efficacité légitimait les risques encourus. L'utilisation de l'arsénone ne paraît pas, loin de là, avoir augmenté la marge de sécurité ultérieurement.

La question a changé de face lorsqu'en 1921, les recherches de B. Sauton, les travaux de R. Sazerac et C. Levaditi, de L. Fournier et Guénot, ont doté la thérapeutique antisyphilitique des bismuthiques dont l'efficacité s'est rapidement avérée très grande. Des composés de plus en plus maniables se sont succédés; les composés insolubles ont pris, pour un temps, la première place parmi eux, comme adjuvants des arsénobenzènes, plus aptes à renforcer ou suppléer l'action de ceux-ci qu'à un emploi exclusif. La lenteur de résorption, dans le muscle, de ces bismuthiques insolubles ne permettait pas de multiplier le nombre d'injections nécessaires à un traitement prolongé.

En 1928, date décisive, A. Girard découvre un nouveau bismuthique liposoluble ou oléosoluble, dont C. Levaditi a bien fixé expérimentalement la valeur tréponémicide, comme il l'avait fait pour les composés insolubles et leurs prédécesseurs.

L'élimination rapide de ce nouveau composé oléosoluble permet de faire, durant des années, le nombre utile d'injections intramusculaires, c'est-à-dire de traiter exclusivement la syphilis, de bout en bout et autant qu'il est nécessaire, avec une tolérance parfaite par ces produits.

Présenté à la Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie en 1928, par Clément Simon, l'un d'eux s'est imposé rapidement en thérapeutique antisyphilitique, soit isolément, soit en conjugaison avec les arsenicaux, provoquant d'ailleurs la défaveur progressive de ces derniers. D'autres composés analogues, également recommandables, sont apparus ensuite.

Personnellement, dès 1928, je me suis attaché à étudier leurs effets. A partir de 1934, j'ai cru pouvoir dire à maintes reprises (1) et enseigner, qu'il était licite de traiter un syphilitique par les bismuthiques oléosolubles seuls, tant pour les traitements d'attaque que pour les traitements de soutien. Les résultats sont équivalents en rapidité, durée, profondeur d'action, tant au point de vue clinique que sérologique, à ceux que l'on obtient avec le novarsénobenzol. Il en est de même en ce qui concerne l'hérédo-syphilis et sa prévention. La sécurité est incomparablement plus grande qu'au cours ou à la suite d'un traitement novarsénobenzolé, qu'il semble logique de réserver à des cas particuliers.

Cependant, le traitement d'attaque conjugué bismuthique-arsenical est encore, pour ainsi dire, codifié par la majorité des cliniciens les plus autorisés. La conférence de la bismuthothérapie de la syphilis à l'Institut Alfred Fournier, de mai 1945 a marqué l'accord sur la valeur des bismuthiques au dire des rapporteurs, MM. J. Gaté et P. Cuilleret, R. Degos, Clément Simon, G. Garnier, C. Levaditi, P. Cordier.

J. Gaté a nettement affirmé sa confiance en la valeur suffisante du traitement bismuthique exclusif : il juge inutile le traitement conjugué bismuthique-arsenical

(1) En particulier aux Journées prophylactiques de Bordeaux 6-8 juin 1935, conférence publiée dans *La prophylaxie antivénérienne*, n° 10, octobre 1935.

même pour l'attaque, sans toutefois exclure totalement les arsenicaux pour des cas particuliers. Il m'est agréable de me trouver en plein accord avec lui sur cette grave question, objet de mes préoccupations depuis 1921 et surtout durant 16 ans, à partir de 1928 et sur laquelle j'ai pu prendre position depuis 1934 environ, après six ans d'essais méthodiques préalables prudents sur le traitement conjugué bismuthique-arsenical, puis sur le traitement bismuthique unique, portant sur un nombre élevé de malades longuement traités et suivis, personnellement par moi, ou par mes collaborateurs, à la clinique dermatologique, au dispensaire antivénérien de Bordeaux ou dans ma clientèle, l'emploi des arsenicaux étant de plus en plus réservé à des cas particuliers. Je ne parle pas du traitement novarsénobenzolé employé exclusivement de 1910 à 1921 et bien connu avec ses avantages et ses inconvénients.

En exprimant cette opinion, je m'attends, comme J. Gaté, à des critiques, peut-être sévères, et à être taxé de commettre une « inconvenance thérapeutique ».

Après avoir exposé l'état de la question, désireux de formuler une opinion synthétique personnelle, je dirai simplement, sans craindre de me répéter que les résultats que j'ai obtenus par les bismuthiques oléosolubles seuls me paraissent en tous points comparables avec ceux qu'ont donnés les arsénobenzènes seuls ou conjugués avec les bismuthiques, en rapidité, efficacité d'action durable sur les lésions, et les réactions sérologiques, bref, sur l'état de guérison apparente de malades suivis durant 10 à 16 ans, ou revus au cours de cette longue période.

J'insiste sur les bons effets au point de vue de l'hérédité. J'ai observé, sans trouver traces d'hérédosyphilis, nombre d'enfants issus de syphilitiques ainsi traités par les bismuthiques oléosolubles seuls et même quelques petits fils ou filles de certains de mes malades qui ont eu des filles mariées assez jeunes pour me permettre de suivre deux générations. Je n'ai pas observé, non plus, de complications nerveuses, ni tabès, ni paralysie générale à la suite de ces traitements, tandis qu'avec les arsénobenzènes, j'en ai connu. Tout cela avec une tolérance parfaite, hormis des incidents passagers et bénins, l'absence de réactions de Wassermann irréductibles, ou de cas de bismuthorésistance, que cependant d'autres ont observés, rarement il est vrai. Les arsénobenzènes seraient justement indiqués dans ces derniers cas de carence des bismuthiques.

Au point de vue de la prophylaxie, les traitements bismuthiques exclusifs réalisent un progrès capital. En effet, l'arsénothérapie correctement appliquée ne s'est pas répandue largement dans la pratique courante. Même en faisant abstraction des risques immédiats, la vie du médecin praticien, à la campagne surtout, s'accommode mal de la régularité indispensable à l'administration des arsenicaux et de la surveillance ultérieure du malade traité, nécessaire pour le dépistage précoce, si important, des accidents consécutifs. Ceux des syphilitiques, que des obligations professionnelles obligent à des déplacements fréquents, ne trouvent pas aisément le médecin apte à les traiter par les arsénobenzènes; partout, au contraire, à la ville comme à la campagne, on trouve actuellement un médecin capable d'administrer correctement sur le malade de passage comme dans sa clientèle, le traitement bismuthique oléosoluble.

La question du traitement conjugué pénicilline-bismuth n'est pas effleurée dans cette relation. Son efficacité antisyphilitique n'est pas suffisamment établie, son mode d'administration actuel est trop peu compatible avec la pratique courante pour qu'elle puisse être encore jugée.

Il était inutile de parler ici du traitement cyanuré mercuriel dont les indications sont bien précisées, qui a sa place bien marquée et sur lequel l'accord est complet.

Est-il indispensable d'opposer à l'infection syphilitique, un traitement massue, toutes armes déployées d'un seul coup ? La thérapeutique exige-t-elle l'administration simultanée de deux produits puissamment parasitotropes, mais dont l'un est fâcheusement organotrope ? N'est-il pas plus indiqué de rechercher, autant que possible, la dose nécessaire et suffisante pour stériliser le sujet par l'action d'un seul médicament, ménageant ainsi l'état du foie ou du rein, en cas de carence de l'un d'eux ?

Cet exposé ne vise pas à condamner et à jeter l'exclusive sur les arsénobenzènes, dont la valeur curative est précieuse. Il tend à conseiller la modération dans leur emploi et à le réserver à des cas particuliers. Leur administration ne peut être banale, mais nécessite des conditions d'organisation peu compatibles avec l'exercice de la pratique courante et une connaissance approfondie de leur mode d'emploi, de leurs indications, de leurs contre-indications, de leurs dangers et des moyens d'y parer. Il faut cependant pouvoir attaquer la marée montante des cas de syphilis, dont les événements d'un passé récent ont provoqué la multiplication, à la campagne comme à la ville. Les bismuthiques oléosolubles le permettent.

Je n'ai voulu envisager dans cette relation que le traitement du syphilitique de l'adolescence à l'âge adulte, laissant aux pédiatres la question du traitement chez les enfants.

Conclusions

Pour conclure, j'exprime ma confiance en la haute valeur antisyphilitique des bismuthiques oléosolubles, employés isolément, même pour les traitements d'attaque. D'administration facile, ils sont à la portée de tous les praticiens, donnant un maximum de sécurité et d'efficacité, sans l'aide des arsénobenzènes, qu'il ne s'agit pas d'exclure, mais de réserver à des situations particulières et à administrer dans des conditions peu réalisables dans la pratique courante.

Une prophylaxie efficace n'est possible que dans ces conditions, parce qu'elle est réalisable partout.

Pour ces raisons, les bismuthiques oléosolubles me paraissent supplanter les arsénobenzènes dans le rôle de chefs de file en Syphilithérapie.

Le traitement de la syphilis primo-secondaire par le bismuth oléo-soluble à la clinique dermatologique de Bordeaux,

Par MM. JOULIA, LE COULANT, René et Jean DAVID-CHAUSSÉ, André PETGES, FALLOT et L'ÉPÉE (Bordeaux)

L'activité du bismuth dans les formes primo-secondaires de la syphilis n'est plus à démontrer. Si certains syphiligraphes — et non des moindres — continuent à défendre les cures d'attaque mixtes, par le novarsénobenzol et le bismuth, un grand nombre, dont nous sommes, pensent que le bismuth seul suffit pour arrêter l'évolution et obtenir la guérison de la maladie, tenant compte des critères dont nous disposons.

Dans ce traitement d'attaque, le bismuth soluble dans l'huile nous a paru préférable aux composés insolubles en raison de sa plus rapide diffusion dans l'organisme, et à la condition d'être employé à doses suffisantes :

15 à 20 injections au minimum, à la cadence de deux piqûres par semaine.

Depuis quelques mois, le nombre d'injections pour la première série a été porté à *24* et à la cadence de *3* par semaine pour quelques malades, tout au moins pour les dix premières piqûres.

Le temps de repos n'excède pas, en principe, 3 semaines à un mois, pour les deux premières années, un mois et demi à deux mois pour la troisième, et éventuellement la quatrième année de traitement.

Les incidents thérapeutiques ont toujours été bénins : stomatite ou albuminurie le plus souvent passagères. On a dû, chez quelques rares malades, interrompre le traitement bismuthique en raison d'une albuminurie persistante. Mais il s'agissait

de sujets atteints auparavant de néphrites chroniques anciennes, réchauffées par le bismuth.

En dépouillant les milliers de fiches du Dispensaire de Prophylaxie de Bordeaux, il n'a été retenu que celles ayant trait à des malades atteints de syphilis primo-secondaire, dont le traitement d'attaque a été fait exclusivement par le bismuth soluble dans l'huile.

La statistique porte sur 545 cas

On doit distinguer 140 syphilis vues à la période pré-sérologiques (129 hommes, 11 femmes).

Chez tous ces malades, les réactions se sont maintenues négatives, la plupart ayant eu des prises de sang hebdomadaires au cours de la première série.

La proportion est donc de 100 o/o.

405 malades ont été observés à la phase sérologique. Il s'agissait de syphilis primaire, du point de vue clinique, soit de syphilis secondaire en activité (221 hommes, 184 femmes).

Les réactions sérologiques sont devenues négatives :

Après une série : 342 fois, soit dans 83,82 o/o.

Les réactions commencent à virer en moyenne entre la 7e et la 15e injection.

Après deux séries :	34 fois,	soit dans	8,33	o/o.
Après trois séries :	7	»	1,71	»
Après quatre séries :	5	»	1,22	»
Après cinq séries :	1	»	0,25	»
Après six séries :	3	»	0,75	»
Après huit séries :	2	»	0,50	»

Chez 3 malades, le Bordet-Wassermann a été rendu négatif par un traitement arsenical, soit *0,75 0/0*.

Enfin, dans 7 cas, les réactions sérologiques sont demeurées positives :

2 fois, parce que les malades ont été perdus de vue, après 3 séries faites avec régularité;

1 fois, après traitement irrégulier (repos intercalaire de plusieurs mois entre les séries) :

1 fois, après 7 séries, dont 6 de 20 injections de bismuth chacune, et 1 de sulfarsénol (homme de 23 ans traité pour syphilides érosives des bourses depuis juillet 1945 à mai 1947);

1 fois, Bordet-Wassermann rendu faiblement positif après 9 séries de 15 injections (homme de 44 ans, ayant présenté un accident primitif probable de la joue en novembre 1941, traité seulement en septembre 1942 pour syphilides confluentes du tronc);

1 femme de 25 ans, qui ne présentait pas d'accidents cliniques, mais dont le mari était atteint de syphilis secondaire. Le Bordet-Wassermann s'est révélé encore positif après 10 séries d'injections faites d'août 1940 à mai 1945. Quant au mari, les réactions sérologiques ont été rendues négatives après une première série de piqûres (3 injections de novar, 0,15, 0,30, 0,45 interrompues en raison d'intolérance et 15 injections de bivatol). Elles se sont maintenues négatives par la suite;

1 femme de 41 ans, atteinte de syphilis secondaire en juin 1942, traitée par 12 séries de bismuth, séparées par des injections de sulfarsénol, d'arsenic pentavalent mal tolérées, jusqu'en janvier 1946. Une ponction lombaire pratiquée en février 1946 a montré un liquide céphalo-rachidien normal, bien que le benjoin colloïdal soit très légèrement dévié sur la droite (albumine 0,28, lymphocytose 0,60 élément par millimètre cube, Bordet-Wassermann négatif).

En résumé, chez 140 malades, traités à la période présérologique, le Bordet-Wassermann est constamment demeuré négatif à la fin de la première série de traitement bismuthique.

Chez 405 malades observés à la période sérologique, les réactions se sont montrées négatives dans près de 84 o/o des cas à la fin de la première série.

En conséquence, le traitement d'attaque par le bismuth sous la forme de composés solubles dans l'huile donne des résultats remarquables tant au point de vue cli-

nique que sérologique. Il offre l'avantage sur l'arsenic de ne déterminer que des accidents en général de peu de gravité, à la condition de surveiller la bouche et les urines des malades.

Il permet enfin de mettre entre les mains des médecins praticiens, un médicament d'emploi facile, qui n'entraîne pour les malades qu'un minimum de désagrément. Ces conditions sont particulièrement dignes d'intérêt en matière de prophylaxie.

Supériorité de la cure de 20 injections trihebdomadaires de bismuth sur les autres traitements en ce qui concerne la négativation sérologique des syphilis récentes,

Par MM. R. DEGOS, E. LORTAT-JACOB et P. MAURY (Paris)

Poursuivant une étude comparative des diverses modalités du traitement d'attaque, nous avons été frappés de la supériorité de la cure de 20 injections trihebdomadaires de bismuth en ce qui concerne la négativation sérologique.

Dans le cours de cette expérience thérapeutique, nous avons choisi un lot de *trente-quatre malades* atteints de syphilis récentes séro-positives que nous avons soumis au traitement bismuthique seul à raison de trois injections par semaine d'un bismuth oléosoluble (néocardyl et bivatol) jusqu'à un total de vingt injections. Dix-neuf malades étaient porteurs d'accidents primitifs à sérologie positive et quinze autres malades étaient atteints de syphilis secondaire cutanéo-muqueuse.

A la fin de cette cure bismuthique, c'est-à-dire 45 à 50 jours après le début du traitement : 89,4 o/o des syphilis primaires et 53,3 o/o des syphilis secondaires avaient une sérologie entièrement négative (Wassermann, Hecht, Meinicke, Kahn). Il est à noter que 5 syphilis primaires sur 19 et 3 syphilis secondaires sur 15 étaient déjà séro-négatives au 25e jour.

Au 65e jour, après 15 jours de repos médicamenteux complet et avant la reprise de la deuxième série, tous ces malades ont eu des réactions sérologiques entièrement négatives. Donc, dans ce lot de malades *100 0/0 des syphilis séro-positives sont devenues négatives après une seule série de bismuth.*

Nous n'avons obtenu aucun résultat comparable avec les autres groupes de malades soumis à des traitements divers : arsénobenzol et bismuth au rythme habituel, pénicilline-bismuth intensif comme nous le précisons dans la communication suivante, et enfin bismuth seul mais à un rythme bihebdomadaire.

Pour se mettre dans des conditions de délais identiques, la cure d'arsénobenzol se terminant au 37e jour, nous avons comparé à cette même date les séro-réactions de malades ayant fini leur cure isolée d'arsénobenzol et de malades en cours de cure bismuthique trihebdomadaire : 10 o/o de ceux ayant été traités par l'arsenic sont séro-négatifs, alors que 26,4 o/o de malades en cours de traitements par le bismuth sont séro-négatifs.

Les résultats obtenus par les injections trihebdomadaires de bismuth ont été différentes et nettement supérieures à ceux obtenus par les injections bihebdomadaires de bismuth et même à ceux obtenus avec la technique rapportée plus haut par E. Lortat-Jacob qui faisait 10 injections trihebdomadaires suivies de 10 injections bihebdomadaires.

L'action comparative sur la disparition des tréponèmes reste en faveur de la pénicilline et de l'arsenic. Avec ce dernier, les tréponèmes disparaissent presque toujours le deuxième ou le troisième jour alors qu'ils disparaissent du deuxième au sixième jour avec le bismuth.

Quant à l'action clinique cicatrisante, elle est en tous points superposable avec l'arsenic ou le bismuth trihebdomadaire.

La tolérance de cette cure de bismuth trihebdomadaire a été, dans les cas que nous avons étudiés, parfaite. La recherche de l'albumine a été faite tous les jours, et d'autres épreuves, en particulier le dosage de l'urée sanguine toutes les semaines, n'ont pas montré de troubles de l'élimination rénale. Une mise en état de la bouche a été faite systématiquement avant le début des séries, et le bismuth oléosoluble a été remplacé par un bismuth insoluble au moindre agacement gingival.

Bilan thérapeutique de 24 ans de bismuthothérapie exclusive,

Par M. J. CASABIANCA (Marseille)

Pour les multiples raisons exposées dans nos travaux antérieurs, nous avons renoncé depuis longtemps à l'arsenicothérapie pour traiter la syphilis. Notre dernière piqûre de novar en clientèle date du 13 juin 1923, et après avoir pris possession de notre service hospitalier, nous nous sommes si bien détachés de l'arsenicothérapie, qu'elle y est proscrite, sauf de solennelles exceptions.

Pendant assez longtemps, et pendant seulement la période contagieuse de la maladie, nous avons adjoint quelques piqûres d'acétylarsan à notre traitement bismuthothérapique : nous y avons renoncé maintenant, toujours sauf de très rares exceptions.

Notre méthode progressivement intensifiée et modifiée, est actuellement la suivante :

I. — Traitement d'assaut

1° Une première série de 20 piqûres de bismuthate de quinine (3 piqûres par semaine les 2 premières semaines, 2 piqûres par semaine ensuite).

2° Après un mois de repos, deuxième série de 12 piqûres : 2 piqûres par semaine (toutes les séries suivantes seront conformes à cette dernière).

3° Après un mois de repos : nouvelle série.

4° Un mois après la fin de cette troisième série, nous vérifions les réactions sérologiques : elles sont négatives dans une proportion voisine de 100 o/o.

Dans cette éventualité, nous laissons le malade au repos pendant encore un mois, puis nous commençons le traitement de fond.

II. — Traitement de fond

Il comporte 13 séries de 12 piqûres chacune, chaque série étant séparée de la précédente par deux mois et demi de repos.

Le traitement complet exige 5 ans, et comporte 200 piqûres exactement.

III. — Traitement d'assurance

Nous conseillons ensuite au sujet une série de 12 piqûres par an pendant 5 ans. Quelques-uns suivent ce conseil, d'autres ne le suivent pas.

Bilan d'une de nos statistiques

Cette statistique porte sur 357 malades, dont 261 ont subi un traitement régulier et complet, dont 96 ont subi un traitement régulier mais incomplet (environ 100 à 150 piqûres pendant 5 ans). Après le traitement d'assaut, sur 357 malades, 342 avaient une sérologie négative totale, les 15 autres gardant encore une sérologie positive ou faiblement positive constituant la proportion minime de 4,2 o/o. Cette proportion est insignifiante si l'on tient compte du fait que, dans nos débuts de bismuthothérapie exclusive, nous avons employé des doses très nettement inférieures à celles que nous employons aujourd'hui et qui se sont révélées beaucoup plus actives, tout en étant anodines.

Sans que nous puissions donner un chiffre rigoureux, l'albuminurie, même légère, qui nous a incité à suspendre le traitement, ne s'est manifestée que dans une proportion certainement inférieure à 1 o/o.

Les stomatites ont été exceptionnelles et ne se sont produites que dans des bouches mal tenues. Une des stomatites les plus graves que nous ayions eu à soigner, s'est manifestée chez un de nos malades après la quinzième piqûre; la stomatite, cependant très sérieuse, guérit rapidement, au point que le traitement bismuthique pût être repris exactement 27 jours après son interruption, et ce traitement se poursuit encore depuis plus de 2 ans.

Les 357 malades de notre statistique, dont 96 ont subi un traitement incomplet selon nous, sont-ils définitivement guéris ?

Sans doute, nous les avons perdus de vue en grande partie. Mais beaucoup d'entre eux s'étant mariés ont eu des enfants qu'ils nous ont présentés. Jamais nous n'avons constaté chez eux la trace d'une syphilis héréditaire, jamais les maris n'ont contaminé leurs femmes. Et parmi les malades que nous avons revus, aucun n'a plus présenté de trace de syphilis, exception faite de quelques-uns qui se sont recontaminés.

Mais avons-nous le recul nécessaire pour juger des bons résultats de la bismuthothérapie exclusive ?

Nous ne pouvons mieux faire que de donner, pour les 261 malades qui ont subi un traitement régulier et complet, le nombre d'années depuis lequel ils sont présumés guéris (statistique arrêtée fin septembre 1946) :

Sont présumés guéris depuis	1 an	....	16
» »	3 ans	....	15
» »	4 ans	....	12
» »	5 ans	....	10
» »	6 ans	....	11
» »	7 ans	....	18
» »	8 ans	....	20
» »	9 ans	....	23
» »	10 ans	....	15
» »	11 ans	....	14
» »	12 ans	....	17
» »	13 ans	....	14
» »	14 ans	....	13
» »	15 ans	....	16
» »	16 ans	....	15
» »	17 ans	....	21
» »	18 ans	....	11
	Total	....	261

Il nous a paru opportun de signaler, que pas un de nos malades traités par la bismuthothérapie exclusive n'a été postérieurement atteint d'une lésion tertiaire quelconque, et notamment de tabès, de paralysie générale, ou d'affection viscérale ou sensorielle quelconque.

Le traitement d'attaque de la syphilis par les sels de bismuth,

Par M. Et. LORTAT-JACOB (Paris)

A la suite de communication de MM. Sézary et Galmiche (*Société de Dermatologie*, 13 décembre 1945) sur « le temps nécessaire à la réduction des séro-réactions dans la syphilis récente traitée à l'arsenic et le bismuth conjugués », nous avons rapporté les heureux effets du traitement bismuthique dans le traitement d'attaque de la syphilis.

Cent cinquante malades ont été traités par le bismuth seul.

Quatre-vingt-dix syphilis primaires à sérologie positive ont été soumises à une cure bismuthique, à savoir vingt injections de bismuth oléosoluble, *trois injections* par semaine pendant la première moitié de la série, puis deux injections par semaine pendant la deuxième moitié de la série, c'est-à-dire une dose totale de 1,40 de bismuth métal pour la première série. Après trois semaines de repos, soit 80 jours après le début du traitement, quatre-vingt-huit malades présentaient des réactions sérologiques totalement négatives (Bordet-Wassermann, Hecht, Kahn). Deux avaient des réactions dissociées.

Soixante malades atteints de syphilis secondaire ont subi le même traitement (1 gr. 40 de bismuth oléosoluble). Après les trois semaines de repos succédant à cette cure, cinquante ont été totalement négativés. Dix sont restés partiellement positifs.

En résumé, 98 o/o des syphilis primaires et 84 o/o des syphilis secondaires sont négativées par le traitement d'attaque bismuthique, avant la reprise de la deuxième série.

Cette statistique, bien que portant sur un nombre restreint de malades est supérieure en résultats à ceux observés par MM. Sézary et Galmiche puisque 90 o/o des syphilis primaires et 78 o/o des syphilis secondaires sont négativées après une série mixte conjuguée arséno-bismuthique.

Aucun de nos traitements n'a été interrompu en cours de série par des stomatites ou des accidents rénaux, à condition que les soins buccaux soient minutieusement conduits pendant ces cures. D'ailleurs pour mettre le malade à l'abri d'une stomatite, nous conseillons actuellement de faire la cure bismuthique moitié en bismuth oléosoluble, moitié en bismuth insoluble — c'est-à-dire les dix premières injections avec le bismuth oléosoluble, les dix dernières avec le bismuth insoluble — et mieux encore, au premier « agacement » gingival, nous conseillons d'abandonner le bismuth soluble pour n'employer jusqu'à la fin de la série que le bismuth insoluble.

Le bismuth seul, employé à ce rythme et à cette dose a le même pouvoir cicatrisant que l'arsenic et se montre plus actif pour négativer les réactions sérologiques.

La négativation presque constante des réactions sérologiques après une première série de 20 Bismuth oléosoluble (Bivatol) dans les syphilis primo-secondaires,

Par MM. DUVERNE, COCHET-BALMEY et BONNAYME (Saint-Étienne)

Résumé de la communication.

La fréquence des incidents bénins ou graves de l'arsénothérapie comparée à la rareté des accidents du traitement bismuthique nous ont fait adopter la bismuthothérapie exclusive dans le traitement de la plupart des syphilis récentes, réservant la cure arsenicale ou arséno-bismuthique à quelques cas particuliers.

Nous avons employé 15 puis 20 injections consécutives de bismuth insoluble ou oléosoluble. Notre posologie actuelle pour la première série est de 20 bismuth oléosoluble (bivatol), à raison de 3 la première semaine, puis de 2 par semaine.

Résultats obtenus :

Sur 128 cas de syphilis primo-secondaires avec sérologie + traités par 20 bivatol :

111 cas sont négativés après cette série et le restent définitivement ;

1 cas négativé présente un léger crochet sérologique + après la troisième série, puis redevient négatif ;

13 cas ne sont négativés qu'après une deuxième série de 15 bivatol;

3 cas ne le sont qu'après la troisième série.

Aucun cas de sérologie irréductible.

Sur 27 cas de syphilis primaires présérologiques traités de même, la sérologie reste négative (et le reste ultérieurement avec traitement bismuthique régulier).

A titre comparatif :

Sur 8 cas de syphilis primo-secondaires à sérologie + traités en même temps par 20 bivatol et une série de novarsénobenzol :

7 négativations immédiates, 1 échec.

Sur 13 cas de syphilis primo-secondaires à sérologie + traités par 20 muthanol :

9 négativations immédiates, 4 échecs avec négativation plus tardive.

Sur 24 cas de syphilis primo-secondaires à sérologie + traités par 15 bivatol seulement :

16 négativations après la première série, 8 échecs immédiats avec négativation après les deuxième, troisième, voire quatrième séries.

Dans les syphilis purement sérologiques :

Sur 15 cas traités par 20 bivatol :

5 négativations après cette première série, 3 négativations temporaires avec sérologie redevenue positive, 7 échecs.

Sur 8 cas traités par 20 muthanol :

1 négativation après cette première série, 7 échecs.

Conclusions :

Nous n'avons eu, mis à part une érythrodermie, aucun accident sérieux. L'incident le plus notable fut la stomatite (plus fréquente avec le bismuth oléosoluble), qui nous a fait adopter la posologie de 3 injections seulement pendant la première semaine, puis de 2 injections les semaines suivantes.

Le bismuth oléosoluble nous paraît avoir une action plus rapide sur la négativation de la sérologie et surtout plus constante à condition de faire une série suffisante. Or, si la négativation de la sérologie n'est évidemment pas le seul but à atteindre dans le traitement spécifique, il semble tout de même important de l'obtenir le plus tôt possible.

En dehors de toute considération sérologique, nous préférons aussi le bismuth oléosoluble au début du traitement parce que mieux toléré localement. Nous réservons le bismuth insoluble pour des séries ultérieures ou pour les cas où des accidents buccaux d'apparition précoce nous y contraignent.

Le traitement d'attaque de la syphilis sans arsénobenzol,

Par M. Robert RABUT (Paris)

Voici déjà plus d'un quart de siècle qu'avec mon maître Hudelo, j'abordais le traitement d'attaque de la syphilis par la bismuthothérapie exclusive, sans idée préconçue, mais avec le désir d'en établir, par une expérimentation large et prolongée, le bilan comparatif avec l'arsénothérapie.

Nos conclusions, en 1922, 1926, 1930, aux congrès des dermatologistes de langue française à Paris, Bruxelles, Strasbourg étaient formelles : le bismuth, après avoir manifesté son activité immédiate par la rapidité de la stérilisation puis de la cicatrisation des lésions tréponémiques, prouvait que, sur la sérologie, son influence était aussi rapide et sans doute plus durable que celle des arsénobenzènes. Au Congrès de la bismuthothérapie tenu en 1945 à l'Institut Fournier, mon maître Hudelo et moi pouvions nous associer aux déclarations des professeurs Gaté et Joulia, pro-

clamant après une longue expérience que la bismuthothérapie n'a pas besoin d'être étayée par les arsénobenzènes, pour guérir la syphilis. Plus récemment, en juillet dernier, Costes et ses collaborateurs apportaient un nouveau témoignage, en publiant les résultats, observés à longue échéance, des traitements pratiqués par Fournier à Cochin.

Pourquoi donc faire courir au malade, par une association systématique, sans bénéfice certain, le risque d'un médicament dont le danger n'est plus à démontrer ? En 1932, après une série d'accidents graves, dont plusieurs mortels, j'avais abandonné l'emploi de l'arsénobenzol. Poussé par le souci d'une stérilisation rapide chez les porteurs de germes professionnels, j'ai repris cette médication en 1940, lorsque je devins titulaire d'un service à Saint-Lazare. Mal m'en a pris, puisque, en l'espace de quelques mois, je viens d'avoir à déplorer 2 polynévrites avec paraplégie et une encéphalomyélite des plus graves. Sans doute Garnier a-t-il souligné deux cas de mort, récemment signalés du fait de la bismuthothérapie : l'agranulocytose observée par Costes et la nécrose du maxillaire qui a frappé une de mes malades (je rappelle que cet accident a été consécutif à une affection pulmonaire intercurrente au cours d'un essai de grande concentration médicamenteuse). Combien cependant sont rares les méfaits de bismuth comparés aux accidents, qui ne se comptent plus, de l'arsénothérapie ?

Une nouvelle arme vient d'entrer dans l'arsenal antitréponémique : la pénicilline. Elle ne paraît pas supérieureà à celles que nous utilisions, mais la preuve est faite de son innocuité; c'est pourquoi je lui ai donné la place des arsénobenzènes dans les cas — notamment chez les prostituées — où il convient de rechercher la stérilisation la plus rapide et d'abréger le temps d'hospitalisation. J'avais, dans ce but, essayé diverses sortes de concentration médicamenteuse, dont j'ai donné les résultats à la Société de Dermatologie en juin dernier, et qui m'avaient conduit à administrer, en 3 semaines, 20 injections quotidiennes de 7 à 8 centigrammes de bismuth métal. Cette posologie, bien tolérée par les reins, j'avais dû l'abandonner en raison des réactions buccales. L'association de la pénicilline m'a permis de la reprendre partiellement, puisque, après divers tâtonnements, je me suis arrêté à un traitement d'attaque qui, pour les 10 premiers jours, comporte quotidiennement 300.000 unités de pénicilline et une ampoule de quinby, la plus active et la moins nocive pour la bouche de toutes les préparations bismuthiques. Le quinby est continué seul, à raison de 3 injections par semaine, jusqu'à concurrence de 18 pour la totalité de la cure qui s'étale donc sur une durée d'un mois.

J'ai réalisé l'association pénicilline-bismuth sur 62 syphilis vierges (toutes, sauf 4, à sérologie positive au départ et groupant 9 primaires, 41 secondaires et 12 sans signes cliniques). Autant que peut le permettre la brièveté de l'observation que nous pouvons exercer sur les malades de Saint-Lazare, ce traitement mixte paraît plus actif que le bismuth seul, cette activité étant proportionnelle à la concentration bismuthique. Avec la posologie précitée, le tréponème disparaît en 24 heures, les lésions se cicatrisent vers le 6e jour et la sérologie est négative en fin de traitement dans 64 o/o des cas (contre 23 o/o après une cure comportant les 8 premiers jours 2.400.000 unités de pénicilline, puis 12 quinby bi- ou trihebdomadaires). J'avais, sans doute, obtenu, dans les mêmes délais, 60 o/o de sérologie négative après la posologie abandonnée de 20 quinby quotidiens, mais l'intéêêt capital de la pénicilline est sinon de supprimer, tout au moins réduire considérablement les réactions buccales (sur les 62 cas précités, j'ai noté, sur une bouche riche en prothèse dentaire, une stomatite ulcéreuse rapidement éteinte, et par ailleurs 5 gingivites légères, les autres malades n'ayant même pas montré de liséré).

En dehors de ces traitements concentrés, dont l'indication essentielle est de réduire la durée de la cure pour les malades obligatoirement hospitalisés, je pense que l'administration classique — associée ou non à la pénicilline — de 15 à 18 injections bi-hebdomadaires de 7 à 8 centigrammes de bi. métal (tri-hebdomadaires si l'on utilise le quinby mieux toléré) peut rester le prototype du traitement d'attaque de la syphilis.

Méthode de traitement surintensif de la syphilis récente,

Par M. TOURAINE (Paris)

Avec le concours de MM. Golé, Fouquier et de Mad. Benon-Robert, j'ai cherché à intensifier le traitement d'attaque de la syphilis récente en renforçant la méthode, désormais classique, de l'association pénicilline-bismuth. Mon but a été, à la fois, d'obtenir, dans un intérêt social, un plus rapide blanchiment des lésions en activité et contagieuses, de réduire la durée du traitement et, avec des visées plus lointaines, d'augmenter la puissance du traitement d'assaut dont on sait l'influence décisive sur tout le cours ultérieur de la syphilis.

I. — Technique

De novembre 1946 à mai 1947, j'ai traité 319 syphilitiques en combinant simultanément une cure de *pénicilline* de 400.000 unités par jour pendant 8 à 11 jours (3.200.000 à 4.400.000 u. au total), un traitement à peu près de même durée par injection quotidienne de *bismuth* (une ampoule de bivatol ou, pour 5 d'entre eux, une ampoule de quinby) et, pour 289 d'entre eux, en plus, tantôt de l'*arsenic* (novarsénobenzol), tantôte du *cyanure de mercure* en injections quotidiennes.

Seuls, 30 malades, en raison de leur âge ou de leurs tares viscérales, n'ont reçu que l'association pénicilline-bismuth (Pe-Bi). Ils ont ainsi servi de témoins d'une part à l'égard du schéma souvent suivi, Pe-Bi bi-hebdomadaire, d'autre part vis-à-vis des formules Pe-Bi-As et Pe-Bi-Cy utilisées pour les 289 autres sujets qui sont l'objet principal de ce travail.

Sur ces 289 malades, 128 ont reçu de l'arsenic sous la forme de novarsénobenzol : le premier jour, 15 à 30 centigrammes, selon leur poids, pour éprouver leur tolérance; le deuxième jour, 30 à 75 centigrammes; le troisième jour, 30 à 90 centigrammes (toujours selon le poids et la tolérance); les jours suivants 15 centigrammes. Les différentes combinaisons réalisées pour les injections du deuxième et du troisième jours ont été (en centigrammes) : 30-45 6 cas, 30-60 8 cas, 30-75 4 cas, 45-45 6 cas, 45-60 13 cas, 45-75 9 cas, 45-60 5 cas, 60-60 12 cas, 60-75 26 cas (60-90 19 cas, 75-75 6 cas. Pour 4 malades nous avons eu recours au sulfarsénol (12-48; 36-48; 38-60 2 fois). Le nombre des injections quotidiennes de 15 de novar a été de 1 dans 3 cas, 2 dans 5, 3 dans 23, 4 dans 8, 5 dans 16, 6 dans 10, 7 dans 6, 8 dans 13, 9 dans 8, 10 dans 4, 11 dans 4, 12 et 13 dans 2 et 14, 16, 17, 21, 24 dans 1. Un malade a reçu 8 injections de 30. Au cours de nos essais nous avons assez souvent, on le voit, raccourci la série à 3 injections pour éviter les quelques incidents que je rapporte plus loin.

161 autres malades ont été traités par l'association Pe-Bi-cyanure de mercure. La dose de ce dernier médicament a été, selon le poids, dans 66 cas de 1 centrigramme par jour et dans 95 cas de 1 puis de 2 centigrammes par jour quand on s'est assuré que la tolérance était parfaite. Le nombre d'injections par série a été, à la dose de 1 centigramme par jour, de 1 dans 10 cas, 2 dans 7, 3 dans 8, 4, 5 ou 6 dans 1, 7 dans 10, 8 dans 13, 9 dans 4, 10 dans 6, 11 dans 5, 14 dans 1. Aux doses de 1 ou de 2 centigrammes par jour, ce nombre a été de 5 dans 1 cas, de 6 dans 2, de 7 dans 13, de 8 dans 25, de 9 dans 19, de 10 dans 36, de 11 dans 6, de 12 dans 6, de 13 dans 2, de 16 dans 2, de 19 dans 1. Deux malades ont reçu chaque jour 2 centigrammes, l'un 9 jours, l'autre 11 jours. Je suis ainsi, souvent arrivé à faire injecter 12 centigrammes en 7 jours, 13, 14 ou 15 centigrammes en 8 jours (14 cas), 13 à 18 centigrammes en 9 jours (18 cas), 17 à 19 centigrammes en 10 jours (22 cas) et même 22 centigrammes en 11 jours.

Enfin, l'adjonction supplémentaire de *pyrétothérapie* par injection intraveineuse de dmelcos ou de vaccin T. A. B a été réalisée chez 14 malades (8 ayant de l'arsenic,

4 du cyanure, 2 sans arsenic ni cyanure). Il s'agissait de syphilis nerveuses ou séro-résistantes.

Dans tous les cas, le traitement d'assaut a été immédiatement complété par un *traitement d'entretien* ambulatoire destiné à porter soit le traitement bismuthique à un total d'environ 20 injections à raison, désormais, de deux par semaine, soit la dose totale de novar à 1 gramme par 10 kilos de poids.

II. — Tolérance. Incidents

Dans la presque totalité des cas, cette médication surintensive a été parfaitement tolérée cliniquement.

De nos 30 malades traités par *Pe-Bi* quotidiens, un seul a présenté une stomatite légère et passagère à la 13e injection. Cette parfaite tolérance mérite d'être signalée; elle s'oppose à la relative fréquence de la stomatite chez nos malades soignés par Bi bi-hebdomadaire sans Pe.

Sur 128 malades traités par la combinaison *Pe-Bi-As* quotidiens, nous avons noté 14 cas d'intolérance de forme diverse, 6 sous la forme de fièvre, nausées, fatigue immédiates et passagères dès les premières injections, 8 sous celle d'érythème qui s'est terminé par guérison en 4 à 5 jours, l'arsenic ayant été aussitôt suspendu. Sur ces 8 érythèmes, 6 se sont produits au cours de longues séries d'injections quotidiennes de novar; c'est pourquoi nous avons, par la suite, raccourci à 3, 4 ou 5 le nombre de ces injections, nous n'avons plus alors observé d'érythèmes que chez 2 malades, d'ailleurs intolérants aussi au bismuth et au cyanure. Dans ce même groupe de 128 malades je ne relève, en outre, qu'un seul cas de liséré bismuthique, sans stomatite vraie.

Sur 161 malades traités par la combinaison *Pe-Bi-Cy*, je note 4 cas d'intolérance au mercure : 2 dès la première injection (1 entérite, 1 poussée fébrile avec malaise passager) et 2 en légère stomatite.

Chez aucun de ces 319 malades, l'attention a été attirée par des manifestations cliniques d'intolérance d'origine viscérale (reins, foie, système nerveux, etc.).

III. — Résultats cliniques

Les 319 malades se répartissent en :

80 syphilis primaires, dont 44 traitées par Pe-Bi-Cy, 32 par Pe-Bi-As, 4 par Pe-Bi.

17 syphilis primo-secondaires (chancre encore en activité, coexistant avec roséole et plaques muqueuses), dont 9 traitées par Pe-Bi-Cy, 6 par Pe-Bi-As, 2 par Pe-Bi.

151 syphilis secondaires récentes, dont 80 traitées par Pe-Bi-Cy, 58 par Pe-Bi-As, 13 par Pe-Bi.

53 syphilis récentes, latentes cliniquement, à sérologie positive, dont 18 traitées par Pe-Bi-Cy, 25 par Pe-Bi-As, 10 par Pe-Bi.

9 syphilis tertiaires en activité (gommes, syphilomes) dont 8 traitées par Pe-Bi-Cy, 1 par Pe-Bi-As.

9 syphilis nerveuses (8 tabes, 1 paraplégie spasmodique) dont 2 traitées par Pe-Bi-Cy, 6 par Pe-Bi-As, 1 par Pe-Bi.

Les résultats cliniques m'ont paru nettement plus puissants et plus rapides que par les méthodes usuelles. L'observation, jour par jour, d'un grand nombre de malades a permis les constatations suivantes :

Chancres (61 cas) : épidermisation complète : *après Pe-Bi-Cy* (39 cas) en 3 à 6 jours dans 59 o/o des cas, en 7 à 10 jours dans 38, en plus de 11 jours dans 2,5 (14 jours pour un vaste chancre ulcéreux). *Après Pe-Bi-As* (22 cas) en 3 à 6 jours dans 50 o/o des cas, en 7 à 10 jours dans 40, en plus de 10 jours dans 10.

Roséole (19 cas) : disparition complète : *après Pe-Bi-Cy* (14 cas) en 2 à 3 jours dans 64 o/o des cas, en 4 à 5 jours dans 21, en 6 à 8 jours dans 15. *Après Pe-Bi-As* (5 cas) en 2 à 3 jours dans 60 o/o des cas, en 4 à 5 jours dans 40.

Plaques muqueuses érosives (50 cas) : épidermisation ou cicatrisation complète : *après Pe-Bi-Cy* (33 cas) en 2 à 4 jours dans 61 o/o des cas, en 5 à 7 jours dans 36, en 8 jours ou plus dans 3 (1 cas). *Après Pe-Bi-As* (17 cas), en 2 à 4 jours dans 25 o/o des cas, en 5 à 7 jours dans 63, en 8 dans 12 (2 cas).

Syphilides papuleuses cutanées ou muqueuses (41 cas) : affaissement complet avec épidermisation : *après Pe-Bi-Cy* (29 cas) en 2 à 4 jours dans 31 o/o des cas, en 5 à 7 jours dans 45, en 8 à 10 jours dans 17, en 11 à 12 jours dans 7. *Après Pe-Bi-As* (12 cas), en 2 à 4 jours dans 33 o/o des cas, en 5 à 7 jours dans 25, en 8 à 10 jours dans 25, en 11 ou 12 jours dans 17.

Autres syphilides. — Des syphilides psoriasiformes ont disparu en 8 jours, des syphilides impétigineuses en 6, 7 et 12 jours. Des gommes importantes se sont cicatrisées en 11 et 12 jours (3 cas).

IV. — Résultats sérologiques

Je regrette que des examens sérologiques n'aient été pratiqués, au dispensaire, chez la plupart des malades, qu'au moment de la reprise du premier traitement d'entretien et non, régulièrement, chaque semaine. Il m'est donc impossible de préciser le moment exact du virage de la réaction.

Je ne puis donc que résumer les résultats obtenus à une date souvent déjà éloignée de la fin de la cure de pénicilline, chez des sujets dont la sérologie (Hecht, Kahn, Meinicke) était nettement positive au moment du début de la cure.

13 examens pratiqués *entre 1 et 20 jours* après la dernière injection de pénicilline : 12 fortement positifs (92 o/o), 1 négatif (8 o/o), après Pe-Bi.

23 examens entre *21 et 40 jours* : 5 fortement positifs (21,7 o/o), 5 partiellement positifs (21,7 o/o), 13 négatifs 56,6 o/o). Les chiffres correspondant ont été : après Pe-Bi-As, 2, 3 et 8; après Pe-Bi-Cy, 1,1, 4; après Pe-Bi, 2, 1 et 1.

48 examens *entre 41 et 60 jours* : 8 fortement positifs (16,6 o/o), 12 partiellements positifs (25 o/o), 28 négatifs (58,4 o/o). Les chiffres correspondants ont été : après Pe-Bi-As, 3, 8 et 18; après Pe-BiCy, 2, 2, et 7; après Pe-Bi, 3, 2 et 3.

24 examens *entre 61 et 80 jours* : 2 fortement positifs (8,3 o/o), 5 partiellement positifs (20,8 o/o), 17 négatifs (70,9 o/o). Les chiffres correspondants ont été : après Pe-Bi-As, 1, 3 et 9; après Pe-Bi-Cy, 0, 0 et 5; après Pe-Bi, 1, 2 et 3.

13 examens *entre 81 et 100 jours* : 0 fortement positif, 2 partiellement positifs (15,3 o/o), 11 négatifs (84,7 o/o). Les chiffres correspondants ont été : après Pe-Bi-As, 0, 0 et 2; après Pe-Bi-Cy, 0, 2 et 9; après Pe-Bi 0, 0 et 0.

4 examens *au-dessus de 100 jours* ont tous été négatifs.

En bref, entre 21 et 40 jours, 78,3 o/o des réactions ont déjà viré, dont 56,6 jusqu'au négatif; entre 41 et 60 jours, 83,4 o/o ont viré, dont 58,4 jusqu'au négatif; entre 61 et 80 jours, 91,7 o/o ont viré, dont 70,9 jusqu'au négatif; entre 81 et 100 jours, toutes ont viré, dont 84,7 o/o jusqu'au négatif; après 100 jours toutes ont été négatives.

V. — Conclusions

Mes essais de traitement surintensif, chez 319 malades, par injections *quotidiennes* de pénicilline, de bismuth et, en plus chez 289 d'entre eux, de novar ou de cyanure de mercure me permettent de conclure que :

1° Ces traitements sont, cliniquement, bien supportés. La tolérance a été quasi-parfaite pour la combinaison Pe-Bi-Cy. Un peu moins bonne, au début, pour la

combinaison Pe-Bi-As, elle est devenue excellente lorsque j'ai raccourci la série des injections quotidiennes d'arsenic.

2° Il est remarquable de constater la très grande rareté de la stomatite et même du simple liséré gingival par l'emploi quotidien de métaux lourds tels que le bismuth et le mercure. Cette excellente tolérance me paraît devoir être mise en lumière, car elle est de notion nouvelle; elle permet d'envisager avec sécurité l'emploi beaucoup plus massif du mercure ou du bismuth pour ceux qui voudraient rester dans les thérapeutiques classiques; elle me paraît due à l'action de la pénicilline.

3° Ces traitements surintensifs possèdent, dans leur puissance et leur rapidité, une efficacité que j'estime supérieure à celle des schémas classiques ou récents, usuels, de traitement de la syphilis récente. Cette efficacité est sensiblement la même avec le novar ou avec le cyanure; peut-être même ce dernier est-il légèrement supérieur à l'arsenic.

4° Les réactions sérologiques commencent à virer dès le 21e jour; le délai optimum paraît être entre 41 et 60 jours après la dernière injection de pénicilline; les réactions positives deviennent l'exception après 60 jours; elles disparaissent après 80 jours.

5° Ma préférence personnelle va, actuellement, au cyanure de mercure plutôt qu'à l'arsenic comme troisième médicament quotidien. Le premier de ces remèdes m'a paru mieux toléré encore que le second, et son efficacité a été au moins aussi grande.

6° Il ne s'agit là que d'essais, car seules la multiplication des cas et une longue durée d'observation permettront de fixer la valeur de leur puissance d'action immédiate et lointaine.

De plus, ces essais nécessitent une hospitalisation et une surveillance de chaque jour. Ils ne sauraient, pour le moment, être proposés comme schéma-standard pour les traitements ambulatoires de dispensaire ou de clientèle en grandes séries.

Traitement de la syphilis récente à Nancy de mai 1946 à mai 1947,

Par MM. J. WATRIN et J. LESURE (Nancy)

De mai 1946 à mai 1947, il a été décelé et soigné à la Clinique dermatologique de Nancy 121 cas de syphilis primaire et secondaire dont :

Syphilis primaire présérologique	19 cas,	soit	15,8	o/o
» » sérologique	22 »	»	18,1	»
» secondaire	80 »	»	66,1	»

Encore qu'il n'y soit pas pratiqué un seul traitement à l'exclusion de tout autre, on y reste fidèle pour la grande majorité des cas au traitement arséno-bismuthique, tout au moins pour la période d'assaut, celle qui nous intéresse. Sur les 121 cas :

104 furent soignés par traitement arséno-bismuthique : soit 85,8 o/o;
17 » » » pénicillo-bismuthique : » 14,2 »

Action du traitement sur la sérologie

Distinguons les syphilis primaires pré-sérologiques des syphilis primaires sérogiques et secondaires :

A. Syphilis primaires pré-sérologiques. — 19 cas dont :

17 soignés par traitement mixte arséno-bismuthique;
2 » » pénicilline (2.400.000) + 12 bismuth.

Ces 19 cas ont tous conservé une sérologie négative.

B. Syphilis primaires sérologiques — 22 cas tous soignés par traitement arséno-bismuthique :

17 ont actuellement une sérologie négative : soit 77,3 o/o;
5 » » » positive : » 22,7 »

Sur les 17 cas à sérologie négative :

4 le sont devenus après 1 série mixte : soit 23,6 o/o;
9 » » » 2 » » : » 52,8 »
4 » » » 3 » » : » 23,6 »

Dans les 5 cas à sérologie positive, nous relevons des insuffisances de traitement dans 4 cas.

C. Syphilis secondaires : 80 cas dont :

65 soignés par traitement arséno-bismuthique : soit 81,3 o/o;
15 » » pénicillo-bismuthique : » 18,7 »

a) *Traitement arséno-bismuthique* : 65 cas, mais nous en exceptons 11 décelés ces derniers mois et n'ayant pas eu de nouveau contrôle.

Sur les 54 cas restants :

40 sont actuellement négatifs : soit 74 o/o;
14 » » positifs : » 26 »

Sur les 40 cas à sérologie négative :

31 le sont devenus, après 1 série mixte : soit 77,5 o/o;
6 » » » 2 » » : » 15 »
3 » » » 3 » » : » 7,5 »

les comparaisons de ce tableau avec celui de la syphilis primaire nous montre qu'une syphilis secondaire devient beaucoup plus rapidement à sérologie négative qu'une syphilis primaire.

b) *Traitement par la pénicilline associée au bismuth.* — 15 cas, mais nous en exceptons 8 qui avaient été traités précédemment par des séries arséno-bismuthiques et que nous avons provisoirement perdus de vue.

Sur les 7 cas restants :

4 ont actuellement une sérologie négative;
3 » » » positive.

Pour les 4 cas à sérologie négative, il convient d'insister tout particulièrement sur le temps de latence qui sépare l'injection de pénicilline de la phase sérologique négative. Nos 4 cas sont absolument concordants : la sérologie ne devient négative après un traitement à la pénicilline qu'après un temps minimum de 1 mois, sinon 2 ou plus.

Pour les 3 cas à sérologie positive, datant tous de moins de deux mois la même remarque s'impose. Leur positivité est déjà réduite à toutes les réactions sérologiques : on peut penser qu'elle sera entièrement négative dans 1 ou 2 mois.

Dans le traitement de la syphilis récente, la pénicilline associée au bismuth ne se révèle pas supérieure au novarsénobenzol, en ce qui concerne la sérologie; mais il semble que les accidents cliniques et en particulier les syphilides végétantes ou croûteuses disparaissent plus rapidement après une cure pénicillinée.

Etude comparative de diverses formules de pénicillo-chimiothérapie d'assaut de la syphilis récente,

Par MM. Claude HURIEZ et Michel DESURMONT (Lille)

Sur plus de 400 syphilis hospitalisées à Lille depuis septembre 1945, 201 cas de syphilis récente furent soumis soit à la seule mycothérapie (22) soit à des pénicillochimiothérapies (179) de types variés

I. — Très rapidement, nous avons dû reconnaître *que les cures pénicillées simples s'avéraient absolument insuffisantes*. La posologie de 1.200.000 et même de 2.400.000 unités n'entraînait un pourcentage de cicatrisation (25 o/o) et surtout de négativation sérologique (9 o/o) tellement insignifiant que nous dûmes recourir à des cures itératives. Malgré des doses totales de 4.800.000, 7.200.000 et même 9.600.000 unités, elles ne déterminèrent la cicatrisation en fin de cure que dans la moitié des cas et le blanchiment sérologique durable que d'un tiers de ces syphilitiques.

Nous aurions peut-être obtenu des résultats plus satisfaisants avec des posologies de 15, 20 et 30 millions. Mais jusqu'en mars 1946 un seul syphilitique eut absorbé la totalité de l'attribution mensuelle de notre centre de pénicillothérapie. Malgré le libéralisme actuel, le coût de semblables traitements (35 à 70.000 francs) suffit à en ajourner définitivement l'essai.

Nous sommes en cours d'expérimentation d'une nouvelle formule de mycothérapie simple à base de pénicilline G dont l'activité antitréponémique serait beaucoup plus marquée que celle des pénicillines colorées usuelles qui n'avaient pas permis aux auteurs français de vérifier les assertions par trop optimistes des publications américaines.

La fréquence et la gravité des accidents de l'arséniothérapie, en grande partie imputables à la moindre résistance de sujets sous-alimentés depuis plus de 5 ans, incitaient cependant à ne pas abandonner un médicament qui avait objectivé d'emblée les limites de son action spécifique, mais aussi une inocuité à peu près absolue.

II. — *Le renforcement de l'action de la pénicilline par les métallothérapies classiques* rentre forcément dans l'une des 3 associations suivantes :

Arséniomycothérapie : AM,
Bismuthomycothérapie : BM,
Arséniobismuthomycothérapie : ABM,

chacune prêtant à d'innombrables formules suivant les variations des posologies en pénicilline, arsenic ou bismuth et leur simultanéité ou alternance d'emploi.

Pour faciliter la comparaison de la valeur de chacune de ces associations, nous avons limité à 3 ou 4 le nombre de leurs variantes en les appliquant successivement à des lots de 15 à 40 syphilitiques.

La dose de pénicilline était *minime* (1.200.000), *moyenne* (2.400.000) ou *forte* (4.800.000) cependant que les séries arsenicales étaient de 3, 12 ou 24 injections quotidiennes d'arsenoxyde et celles de bismuth de 12, 18 à 24 injections de bivatol.

Pour l'orientation générale de cet exposé, nous rapporterons d'abord les *résultats globaux* de ces essais thérapeutiques qui ont porté sur 179 syphilis récentes, avant que de les détailler d'après les variantes de chaque association chimio-pénicillée et les variétés cliniques de l'infection syphilitique.

Du tableau n° 1, il ressort nettement que l'*association d'une métallothérapie à la cure pénicillée améliore considérablement les résultats sérologiques*, puisque le pourcentage des négativations durables six semaines après fin de cure, passe de 14 à 26 o/o grâce à l'adjonction d'arsenic, à 37 o/o en cas d'association bismuthée et à 45 o/o avec les traitement triples. Du point de vue clinique, si le bismuth

élève de 45 à 86 o/o le pourcentage des cicatrisations de fin de cure, l'arsenic démontre qu'il est bien le meilleur réparateur des lésions syphilitiques en élevant ces pourcentages à 90 et 100 dans les lots traités par arséniomycothérapie avec ou sans bismuth.

Cette supériorité des traitements triples se dégage également d'une analyse plus détaillée des résultats de ces diverses pénicillochimiothérapies.

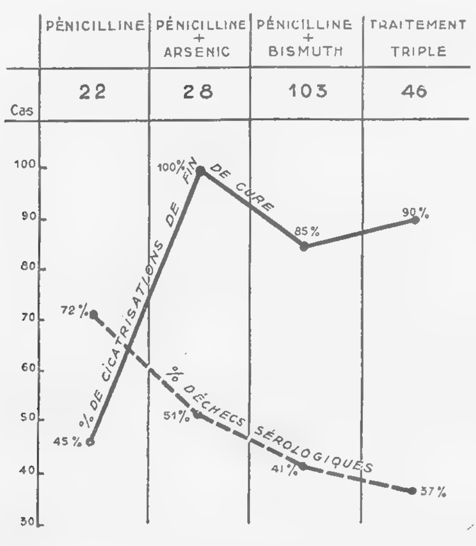


FIG. 1.

I. — Arséniomycothérapie (28 cas).

Une cure de 2.400.000 unités de pénicilline fut, chez 11 malades, suivie de 12 injections quotidiennes de 0,12 de Fontarsol, ou de 3 injections de 0,90 de novarsénobenzol. Chez 17 autres malades, semblable traitement fut répété 15 jours plus tard. Ces 2 lots nous procurèrent des résultats à peu près semblables.

Du point de vue clinique, il faut signaler la constance (100 o/o) de la cicatrisation des lésions en fin de cure. Mais les résultats sérologiques sont beaucoup moins brillants. Six semaines, après la fin du traitement, 7 malades seulement (26 o/o) sur les 26 suivis régulièrement, présentèrent une négativation durable. Même si on rapproche 6 autres (23 o/o) dont le titre sérologique avait subi une amélioration qui laissait espérer un blanchiment prochain, il reste un lot de 13 échecs sérologiques complets qui ne permet pas de considérer comme suffisamment efficace cette formule d'arséniomycothérapie.

II. — Bismuthomycothérapie (103 cas).

Nous avons expérimenté successivement 3 posologies.

a) Une *BM minime* associait 1.200.000 unités de pénicilline en 7 jours 1/2 et 12 injections de 0,07 de Bivatol pratiquées tou sles 3 jours. Sur un lot de 22 syphilis récentes, nous n'enregistrâmes que 80 o/o de cicatrisations en fin de cure, et 21 0/0 de négativations sérologiques six semaines après arrêt du traitement.

b) Une *BM moyenne* ne différait de la formule précédente que par une dose double

de pénicilline dont les 2.400.000 unités étaient également administrées en 8 jours. Si le nombre des cicatrisations fut à peine amélioré (84 o/o) par contre le pourcentage des négativations sérologiques s'éleva à 37 o/o.

c) Une *BM forte* par répétition immédiate de la cure précédente, avec parfois une troisième cure pénicillée terminale, fournit au bout de 61 à 72 jours 90 o/o de cicatrisations et 44 o/o de négativations sérologiques.

L'effet sur la sérologie d'une association pénicillo-bismuthique, l'emporte nettement sur celle de l'arséniomycothérapie, mais le bismuth s'avère une fois de plus moins rapidement efficace que l'arsenic sur l'épidermisation des lésions.

III. — Arséniobismuthomycothérapie (46 cas).

Malgré notre méfiance vis-à-vis des « cocktails thérapeutiques », nous avons tenu à expérimenter 2 formules de traitements triples :

a) En février 1946, Udo Wile (de Michigan) fit connaître en France un *traitement rapide* faisant *succéder* une injection de 0,12 d'arsenoxyde les trois premiers jours, puis une cure de 1.200.000 unités de pénicilline la semaine suivante, et enfin 5 injections de bismuth. Nous l'avons appliqué à 21 syphilitiques primo-secondaires en utilisant le Fontarsol et le Bivatol (le nombre de ces dernières injections étant élevé de 5 à 12). La cicatrisation n'atteignait que 76 o/o des cas en fin de cette cure de 33 jours. Elle était générale à la fin du 2e mois. A ce moment, la négativation sérologique était obtenue dans 57 o/o des cas.

b) En janvier 1947, Touraine signale la parfaite tolérance chez une soixantaine de malades d'un « *cocktail plus épicé* » associant *simultanément* :

320.000 unités de pénicilline durant 7 jours 1/2 (2.400.000);

Une injection quotidienne de 0,07 de Bivatol durant 14 jours (0,98) ;

Une injection quotidienne de novarsénobenzol durant 10 à 13 jours (0,15 + 0,30 + 0,60 + 0,60, 0,15 + 0,15 + 0,15 + 0,15 + 0,15 + 0,15 + 0,15) totalisant 3 grammes d'arsenic.

Nous avons soumis à ce *traitement triple surintensif* 25 primo-secondaires qui tous étaient cicatrisés en fin de cure, mais 6 semaines plus tard, 34 o/o seulement avaient une sérologie négative, malgré la reprise d'une 2e cure semblable après 15 jours de repos chez une dizaine d'entre eux.

La comparaison des résultats de ces 2 modalités d'arséniobismuthomycothérapie permet de souligner.

A) *La constance et la plus grande rapidité de la cicatrisation par la méthode de Touraine*, certainement du fait de sa beaucoup plus grande teneur en arsenic (3 grammes de novar au lieu de 0,36 de Fontarsol).

B) *Par contre les résultats sérologiques de la méthode de Wile semblent nettement supérieurs* à ceux d'une formule utilisant 2 fois plus d'arsenic et quelques injections supplémentaires de bismuth. Mais le mode d'administration est tout différent. Dans la formule américaine les trois médicaments se *succèdent* et leurs actions pharmacodynamiques gardent une indépendance qui n'est certainement pas entièrement respectée dans la formule de Touraine à emploi *simultané*, de l'arsenic, du bismuth et de la pénicilline.

Nous avons demandé au laboratoire de chimie biologique du Professeur agrégé Merville de préciser le métabolisme de l'arsenic et du bismuth par comparaison au cours du traitement mixte et classique et au cours de ces deux traitments triples, pour rechercher si la pénicilline ne modifie pas les conditions de transit de ces métaux.

En effet, nous avons vu dans le traitement des intoxications barbituriques que l'alcool, bien qu'il ne soit pas un antidote des uréïdes, était de par sa diffusibilité, doué de propriétés phylactiques évitant l'imprégnation des centres nerveux par les vagues barbituriques Pareil phénomène de phylaxie pénicillée expliquerait peut-être

la parfaite tolérance, un peu paradoxale de ces arseniobismuthothérapies surintensives, mais au prix d'une réduction d'activité. En faveur d'une hypothèse dont nous ne saurions dès maintenant affirmer avec certitude le bien fondé, nous pouvons apporter une première donnée, savoir la modestie des concentrations sanguines en As et Bi, durant ces cures, malgré des injections quotidiennes de ces métaux.

III. — Bien que toute notre expérimentation n'ait porté que sur des syphilis récentes, il importe d'analyser les résultats obtenus au cours des *diverses variétés cliniques de syphilis primo-secondaires* avant que de formuler un avis sur la valeur réelle de telle ou telle formule de mycochimiothérapie. Les 201 cas étudiés concernaient *19 syphilis pré-sérologiques, 47 accidents primaires, 135 syphilis secondaires* dont *90 à manifestations cliniques* et *45 à traduction purement sérologique.* Nous tenons à insister sur la très grosse prédominance (67 o/o) des syphilis secondaires, en rapport avec le dépistage beaucoup trop tardif de la syphilis en province, tout au moins dans le Nord. Ce facteur a été malheureusement aggravé depuis un an du fait du relâchement du contrôle sanitaire de la prostitution.

1) *Syphilis pré-sérologiques* (19 cas). — C'est certes à ce stade qu'il est le plus intéressant de traiter la syphilis, mais ces cas ne permettent pas de différencier des traitements, sauf s'ils sont nettement insuffisants.
Chez nos 19 malades, le chancre était toujours cicatrisé en fin de cure, qu'on ait eu recours à une arséniomycothérapie, à une bismuthomycothérapie ou à un traitement triple (formule de Wile ou de Touraine). Toutes les sérologies restèrent négatives six semaines après la fin du traitement, sauf, dans 2 des cas traités par 24 injections de Fontarsol et 4.800.000 unités de pénicilline.

2) *Syphilis primaires séropositives.* — Les divers traitements ont procuré globalement sur ce lot de 47 malades, 85 o/o de cicatrisations dès la fin de cure, mais le pourcentage des négativations, six semaines plus tard n'atteignait que 35 o/o desquelles il faut rapprocher 17 o/o d'atténuations du titre sérologique.
L'analyse des résultats obtenus avec chacune des variétés de mycochimiothérapies, montrent bien que les arséniomycothérapies et la formule de Touraine de traitement triple fournissent une cicatrisation rapide et constante (100 o/o) de fin de cure, mais que les bismuthopénicillothérapies ou le traitement triple de Wile sont plus négativants (33 à 50 o/o) mais moins rapidement cicatrisants (69 à 83 o/o).

3) *Syphilis secondaires* (136 cas). — *a*) Le pourcentage global des cicatrisations de fin de cure tomba à 75 o/o sur un lot de *90 syphilitiques secondaires à lésions cutanéo-muqueuses* dont la sérologie ne fut négativée que dans 25 o/o des cas par un traitement d'assaut. Dans ce lot, plus que dans tous les autres, l'arsenic objective ses propriétés cicatrisantes (100 o/o par arsénomycothérapie, 80 o/o par traitement triple) et son insuffisance à procurer un blanchiment sérologique. Il n'y avait aucune négativation sérologique 6 semaines après l'administration à 11 secondaires de 12 injections de Fontarsol et de 2,4 à 4,8 millions d'unités de pénicilline. Le traitement triple surintensif simultané n'a pas donné de meilleurs résultats dans 8 cas.
Une mycothérapie massive (9.600.000 unités), une bismuthomycothérapie moyenne (2,4 à 4,8 millions d'unités de pénicilline et 12 à 18 injections de bismuth) et surtout le traitement triple successif de Wile donnèrent des cicatrisations moins rapides et moins nombreuses (respectivement 37, 71 et 80 o/o) mais des pourcentages beaucoup plus honorables de négativations sérologiques (28 à 40 o/o).
b) Il est beaucoup plus difficile d'analyser les résultats obtenus chez 46 sujets dont la *syphilis secondaire* n'avait qu'une traduction sérologique. Ces sujets présentèrent fréquemment une courbe sérologique *en hamac* et globalement il n'y eut que 27 o/o de négativations grâce aux divers traitements dont les plus efficaces semblent bien avoir été : la bismuthomycothérapie moyenne, les arséniobismuthomycothérapies, surtout sous forme de traitement de Wile.
Du tableau récapitulatif des résultats globaux obtenus dans chacune de ces varié-

tés cliniques de syphilis récente, se dégage une donnée que minimisera sans doute l'intérêt de ces nouveaux traitements d'assaut, mais qui permet de rappeler une fois de plus, l'impérieuse nécessité d'un diagnostic précoce de la syphilis. En effet, le pourcentage de cicatrisations de fin de cure tombe progressivement de 100 à 85 et 75 o/o suivant qu'il s'agit de syphilis pré-sérologiques primaires séropositives ou secondaires. Mais la courbe des négativations ultérieures des mêmes malades s'effondre encore beaucoup plus rapidement de 89 à 35 et 25 o/o.

IV. — Nous ne dissimulerons pas *les faiblesses d'un essai de comparaison graphique des résultats de 9 formules thérapeutiques différentes*, qui furent cependant appliquées à des lots de syphilis récentes assez comparables en composition et en nombre. Pour donner à notre expérimentation l'homogénéité et la régularité les plus grandes, nous avons soumis à chacune de ces méthodes, tous les entrants d'une période de 2 mois au moins (6 mois même pour la bismuthomycothérapie moyenne

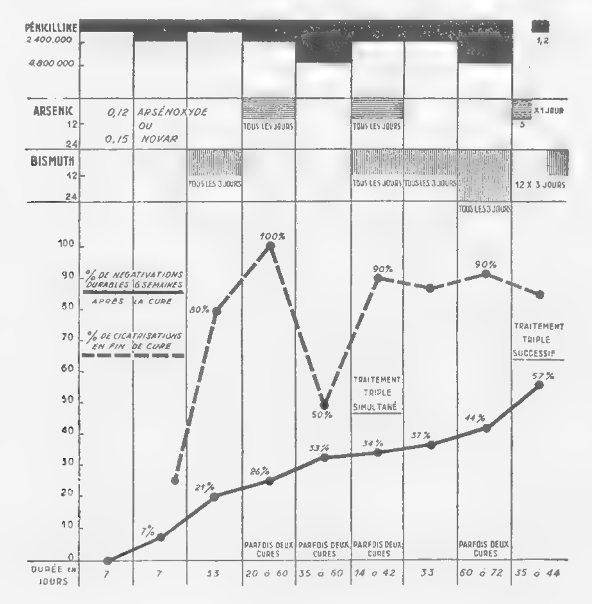


FIG. 2.

et massive) dans un service dont le recrutement syphiligraphique n'a malheureusement pas fléchi depuis qu'il est devenu en septembre 1945 Centre Régional Nordique de Pénicillothérapie des maladies vénériennes.

Nous avons rangé ces diverses formules d'après le pourcentage croissant des négativations sérologiques durables qu'elles avaient engendrées indiquant pour chacune d'elles le poucentage correspondant de cicatrisations.

1) *Sont apparues comme dangereusement insuffisantes :*

1-2) *La mycothérapie simple, minime* (1.200.000) ou moyenne (2.400.000) en 1 semaine;

3) *La bismuthomycothérapie minime* (1.200.000 + 12 Bi) en 5 semaines;

4) *L'arséniomycothérapie* (sous forme de 12 injections de Fontarsol et de 2.400.000 unités de pénicilline en 3 semaines), bien que le pouvoir cicatrisant de l'arsenic se manifeste brillamment dans cette modalité.

6) La mycothérapie forte (4.800.000) ou prolongée (7.800.000 et 9.600.000) est

vraiment trop coûteuse (12 à 25.000 francs) et trop incommode (120 à 240 injections) pour la lenteur de son pouvoir cicatrisant et l'inconstance de ses négativations sérologiques.

c) Méritent par contre considération : 2 *modalités de bismuthomycothérapie et d'arséniobismuthopécinillothérapie.*

5-6) *La BM forte* (2.400.000 unités de pénicilline au début et à la fin d'une cure de 18 injections de bismuth en 7 semaines) ne donne certainement mieux qu'une *BM moyenne* (2.400.000 unités et 12 injections de Bi en 5 semaines). Il n'y a là que des modalités d'application d'une même méthode et si sa forme moyenne n'a pas procuré un résultat clinique et sérologique suffisant, il est facile de prolonger la série bismuthique et de la clore par une deuxième cure pénicillée. Signalons cependant que par deux fois, nous avons vu que cette dernière coïncida avec l'installation d'une néphrite albumineuse, cylindrurique, azotémique, non hydropigène. Cette lésion rénale, heureusement curable, laisserait supposer que la répétition de la pénicilline en fin de cure bismuthique n'est pas sans perturber le métabolisme de ce métal habituellement si bien toléré par le rein des syphilitiques.

C'est pourquoi, nous préférons récidiver une BM moyenne après 15 jours de repos, que de la prolonger suivant le schéma de la BM ininterrompue durant 7 semaines.

7-8) *Les traitements triples* (ABM) fournissent des résultats aussi satisfaisants mais avec une abréviation des délais d'hospitalisation qui les rendent particulièrement précieux pour nombre de syphilitiques.

La méthode de Touraine paraît mieux tolérée que celle de Wile. Une parfaite tolérance et une forte activité sont deux propriétés pharmacodynamiques d'ailleurs rarement réunies en thérapeutique. Malgré son caractère surintensif, la formule de Touraine ne paraît pas donner des résultats aussi intéressants que celle de Wile et cela doit tenir à l'utilisation simultanée de 3 médicaments dont l'association paraît encore plus efficace sur le mode *successif.*

A tous points de vue, par la netteté de ses résultats cliniques et sérologiques, par l'économie en pénicilline coûteuse, par la brièveté de sa période d'hospitalisation, *le traitement triple successif de Wile (avec prolongation de sa cure bismuthée ambulatoire) paraît la plus intéressante des formules actuellement expérimentées de traitement d'assaut de la syphilis récente.*

Chez des syphilitiques à sensibilisations ou à tares hépatiques évidentes, la prudence est peut-être de s'abstenir de la participation arsenicale, même réduite à 3 injections d'arsénoxyde. Nous recourrons alors à une bismuthomycothérapie moyenne, renouvelée après 15 jours de repos en cas de blanchiment incomplet.

Une dernière question est fréquemment posée depuis l'introduction de la pénicilline dans le traitement de la syphilis récente, *les métallothérapies classiques ne donnaient-elles pas d'aussi bons résultats?*

Certes, l'arsenic et le bismuth ou leur association gardaient toujours une activité qui était fort proche, et peut-être avec les posologies massives, supérieures à celles des mycochimiothérapies. Mais la multiplicité, la fréquence, la gravité des accidents de l'arsénothérapie chez des sujets, infériorisés par 5 ans d'alimentation déséquilibrée, douteuse et insuffisante avait conduit bon nombre de syphiligraphes et de praticiens à abandonner une chimiothérapie active vis-à-vis du tréponème, mais trop souvent offensante pour ses victimes.

La mycochimiothérapie d'assaut s'accompagne, chez un tiers des malades, d'une fébricule des premières injections, exceptionnellement d'une onde fébrile retardée ou tardive. Sur plus de 200 syphilis récentes, nous n'avons enregistré qu'un subictère de courte durée et deux néphrites curables dans une bismuthomycothérapie continue anormalement prolongée. Si on oppose à ces incidents sans gravité la soixantaine d'érythrodermies et la dizaine d'agranulocytoses, la dizaine d'ictères et les trois polynévrites, qui furent hospitalisées dans notre service dans les quatre années précédentes où la syphilis était moins dense que maintenant, on reconnaîtra que le milliard d'unités de pénicilline, utilisées ces deux dernières années, nous a tout au moins épargné la dizaine de décès qui avait dû être inscrits à Lille de 1942 à

1945 au passif de l'arsénothérapie, qui sera sûrement allégé, mais peut-être pas complètement effacé, grâce à l'emploi de l'antidotique B. A. L.

Le coût de cette expérimentation apparaîtra enfin d'autant plus justifié qu'il conduit à proposer non pas une mycothérapie d'autant plus active que plus massive, inconcevable au pays du franc centime, mais une association thérapeutique économique où l'emploi d'un antibiotique moderne permet de réduire les posologies et écarte les dangers de chimiothérapies éprouvées qu'il assouplit, sans en atténuer l'efficacité.

Brèves conclusions d'une ètdue comparative sur la vitesse de virage des rèactions sérologiques sous l'action de divers traitements au cours de syphilis récentes

Par MM. FERNET, COLLART et G. SAGNET (Paris).

Nous apportons les résultats d'une étude portant sur 143 cas de syphilis primaires, secondaires et sérologiques récentes traitées par divers médicaments.

Toutes nos malades, prostituées, ont présenté avant la mise en traitement des réactions de Hecht, Kahn et parfois Meinicke totalement positives. La seconde sérologie a été effectuée à la fin de la série.

55 cas ont reçu 6 grammes de novarsénobenzol et 12 à 15 injections de bismuth oléo-soluble. La série a entraîné une hospitalisation de 45 à 60 jours : 26 sérologies furent totalement négativées soit 48 o/o des cas; 16 furent partiellement négativées soit 29 o/o des cas, et 13 sont demeurées positives soit 23 o/o des cas.

56 cas furent traités par 15 injections de Fontarsol et 12 à 15 injections de bismuth oléo-soluble. L'hospitalisation a duré de 30 à 40 jours. 10 sérologies furent entièrement négativées soit 19 o/o des cas, 26 furent partiellement négativées soit 48 o/o des cas et 20 sont demeurées positives soit 33 o/o des cas.

32 cas ont été traités par 2.400.000 unités de pénicilline et 10 à 15 injections de bismuth oléo-soluble. L'hospitalisation ne fut que de 21 à 30 jours. 13 sérologies furent entièrement négativées soit 40 o/o des cas, 10 partiellement négativées soit 31 o/o des cas, et 9 demeurèrent positives soit 29 o/o des cas.

Si l'association novar-bismuth paraît la plus efficace l'écart n'est pas considérable avec le traitement pénicilline-bismuth qui surclasse nettement le Fontarsol-bismuth.

Mais quelle est la part du bismuth et celle de ses associés dans cette activité ? Une statistique faite dans notre service à Saint-Lazare publiée le 14 mars 1946 à la *Société de Dermatologie* nous montre que sur 58 cas de syphilis récentes traitées par 15 injections de bismuth, 28 o/o des sérologies furent négativées après la première série.

Mais, à la même séance, M. le professeur Gaté apportait une statistique où 48 o/o des sérologies étaient négativées à l'issue d'une série bismuthique.

Les conclusions de M. Lortat-Jacob montraient que 84 à 98 o/o des sérologies étaient négativées après 25 injections de bismuth à raison de 3 puis 2 injections par semaine, soit 3 mois après le début du traitement. Le facteur temps joue donc un rôle considérable et il semble que si l'on prenait toujours un même délai suffisamment long pour apprécier l'efficacité d'une thérapeutique après une série on obtiendrait des résultats sensiblement analogues, c'est-à-dire une négativation dans l'immense majorité des cas.

Nous pensons cependant avec M. Touraine que l'association pénicilline-bismuth permet un traitement bismuthique plus actif car la pénicilline prévient remarquablement l'apparition des stomatites qui obligent souvent à interrompre le traitement uniquement bismuthique. Nous avons déjà pu constater l'apparition de ces stomatites dans les quelques jours qui ont suivi l'arrêt de la pénicillothérapie. Le bismuth n'en demeure pas moins le médicament de base irremplaçable.

La richesse et l'action remarquable de l'arsenal thérapeutique antisyphilitique doivent nous permettre d'appliquer, à chaque cas particulier, le mode d'administration le plus efficace et le mieux toléré.

Résultats cliniques et sérologiques de la pénicillinothérapie seule ou associée au bismuth dans le traitement de la syphilis,

Par MM. Paul VIGNE, E. CALAS et TRAMIER (Marseille)

Quand en novembre 1945, la Clinique dermatologique de la Faculté de Médecine de Marseille reçut sa dotation de pénicilline, les quantités allouées étaient si restreintes que nous fûmes contraints de limiter nos essais au traitement de certains syphilitiques choisis parmi ceux qui présentaient d'autres affections ou étaient arséno-résistants. 7 syphilis primaires, 15 syphilis secondaires, dont 5 avec ictère, 2 syphilis tertiaires, 4 syphilis nerveuses reçurent 2.400.000 U. O. en 60 injections toutes les 3 heures .

Les résultats cliniques furent les suivants :

Cicatrisation du chancre en moyenne, au 5e jour.

Disparition des accidents secondaires au 8e jour et éclaircissement de l'ictère dès le 7e.

Guérison rapide des lésions tertiaires.

Amélioration nulle des syphilis nerveuses. Dans un cas, cependant, nous avons pu noter une diminution de l'albumine et du nombre de lymphocytes dans le liquide céphalo-rachidien.

Donc résultats cliniques excellents dans la syphilis primo-secondaire mais, par contre, les résultats sérologiques étaient moins bons. Un seul de ces malades présentait après 3 mois une sérologie négative, tous les autres maintenaient un Wassermann positif et un Vernes élevé.

Enfin, par ailleurs, si nous n'avons pas eu l'occasion de constater des *récidives* chez les malades que nous avions personnellement traités, nous avons pu voir 2 navigateurs, ayant reçu en Amérique, un an auparavant 2.400.000 unités, l'un avec des syphilides psoriasiformes généralisées, l'autre avec des syphilides acnéiformes et des plaques muqueuses, et 1 militaire qui avait été traité en Indochine, il y a 1 an 1/2 qui présentait encore une syphilis secondaire.

Vers le 15 décembre, une de nos malades, prostituée, se désolant de se voir, après traitement à la pénicilline retenu à l'Hôpital à cause d'une sérologie toujours positive, loin de sa profession, à cette époque particulièrement lucrative, nous demandait, elle-même, un traitement complémentaire et elle fût mise au bismuth. Dès les premières injections, la sérologie commençait à virer et à la mi-janvier le Wassermann était négatif et le Vernes de 15 était tombé à 2.

Nous fîmes alors revenir tous nos malades précédemment traités par la pénicilline et tous furent mis au traitement bismuthique. Dès la fin de ce traitement toutes les sérologies étaient négatives sauf une syphilis tertiaire du nez qui, malgré la guérison parfaite de ses lésions, conservait un Wassermann positif et un Vernes à 57.

Depuis lors, nous traitons tous les syphilitiques primo-secondaires avec 2.400.000 U. O. en 7 jours et demi, et tout de suite après, ils reçoivent une série de 14 injections bismuthiques (Bivatol ou Muthanol).

Cette façon de procéder permet de réduire, au minimum, le temps d'hospitalisation, le traitement bismuthique étant fait au Dispensaire.

Les résultats cliniques sont excellents, les accidents contagieux sont cicatrisés dès la sortie du malade de l'hôpital, quant à la sérologie, elle est négative dès la fin du traitement bismuthique dans plus de 60 o/o des cas. Pour les autres, un nouveau traitement au bismuth est nécessaire; il amène toujours une complète négativation.

Par la suite, bien entendu, les malades sont mis au traitement d'entretien.

Action sur la stomatite. — Aucun de nos malades ayant reçu de la pénicilline n'a présenté de stomatite au cours du traitement bismuthique complémentaire, et cela malgré un état buccal souvent défectueux. De plus, deux cas de stomatite ayant

nécessité l'arrêt du bismuth, ont été rapidement améliorés par la pénicilline, et ces malades ont pu, sans nouvelle stomatite, recevoir par la suite le traitement bismuthique que leur sérologie encore positive rendait nécessaire.

Nous avons ainsi traité 60 malades dont un certain nombre ont pu être suivis très régulièrement. De l'étude de ces observations nous pouvons conclure :

La pénicilline remplace avantageusement l'arsenic dans le traitement d'assaut de la syphilis primo-secondaire. Si son action sur les accidents cliniques ne paraît pas sensiblement plus rapide que celle des arsenicaux, et, en particulier, des arsénones, la pénicilline est, par contre, mieux tolérée et peut être utilisée sans inconvénients chez les débilités, les insuffisants hépatiques, les ictériques. Les accidents consécutifs sont rares et toujours bénins, la réaction d'Herxheimer, quoique assez forte et précoce, est toujours de courte durée.

Mais la pénicillinothérapie doit être complétée par une cure bismuthique, car seule elle n'a qu'une action trop faible sur la sérologie.

On commencera les injections de bismuth soit au début de la série de pénicilline, soit à la fin. Il ne semble pas qu'il y ait grand intérêt à rapprocher outre mesure les injections bismuthiques, et la cadence habituelle de 2 à 3 injections par semaine paraît suffisante pour négativer, en fin de traitement, la sérologie du malade; il est vrai que l'action manifeste de la pénicilline sur l'état du milieu buccal permet une médication bismuthique intensive.

L'association pénicilline-bismuth est indiquée chaque fois que la situation sociale du malade exige une rapide extinction des accidents contagieux (prostituées, marins, militaires, etc.), quand il existe un terrain déficient ou d'autres affections (débilités, bacillaires, hépatiques, rénaux, néphrectomisés, intolérants ou arséno-résistants), ou quand le malade présente un mauvais état buccal ou d'autres maladies vénériennes (blennorragie et chancrelles).

Par contre, cette thérapeutique exige l'hospitalisation, la cadence des injections ne permettant pas les soins au dispensaire.

L'emploi, sans doute prochain, de solution-retard, ou d'injections huileuses combinées de pénicilline-bismuth, quotidiennes seulement, permettra à cette thérapeutique d'entrer dans la pratique courante et d'être utilisée dans les dispensaires sans nécessité d'hospitalisation.

Effets cliniques et sérologiques peu satisfaisants du traitement conjugué intensif pénicilline-bismuth

Par MM. R. DEGOS, E. LORTAT-JACOB et P. MAURY (Paris)

Profitant de l'action empêchante de la pénicilline sur la stomatite bismuthique, nous avons, pour frapper vite et fort, intensifié la cure bismuthique en faisant une injection quotidienne de bismuth oléo-soluble (bivatol ou néocardyl) pendant 20 jours consécutifs, temps pendant lequel le malade recevait en outre 320.000 unités de pénicilline par jour. Cette cure de 20 jours totalise donc 1 gr. 40 de bismuth métal et 6.400.000 unités de pénicilline.

Nous ne pouvons faire état que de 27 *malades* atteints de syphilis primo-secondaire séro-positives, soumis à ce type de traitement, et il ne peut être ainsi question d'une étude statistique. Mais ces malades ont été suivis au jour le jour tant en ce qui concerne la tolérance que l'activité clinique et biologique, et les résultats même réduits, quant au nombre, nous semblent d'un très grand intérêt. D'autre part, ils n'ont reçu et ne recevront ultérieurement aucun autre traitement pour permettre d'étudier les effets tardifs de cette cure.

La *tolérance* a été parfaite. Aucun malade n'a présenté de liséré bismuthique pendant la cure. Cependant, un mois après la fin de la série, et sans qu'il fut fait de nouveau traitement, quelques-uns avaient un liséré bleu important, et cette constatation permet certaines déductions pathogéniques. La tolérance rénale a été particulièrement étudiée. Des albuminuries très légères (traces indosables) et très

fugaces, disparaissant en 24 heures à 48 heures malgré la continuation du traitement ont été observées. Elles ne se sont accompagnées ni de cylindrurie, ni de troubles de l'élimination rénale. L'urée sanguine a oscillé de 0,25 à 0,45 o/o.

Les *résultats cliniques* ont été loin de ceux que l'on escomptait. La cicatrisation des chancres et des syphilis érosives ne fut pas plus rapide qu'avec la pénicilline seule ou qu'avec le bismuth seul. Et même elle fut d'une paradoxale lenteur pour certains chancres ainsi qu'en attestent les photographies ci-jointes.

Photo n° 29.206[1] : le chancre préputial a continué à évoluer pendant la cure, et, à la fin de celle-ci, après 6.440.000 unités de pénicilline et 20 injections de Bivatol, répartis sur 20 jours, le chancre est encore érosif, suintant, mesurant 30 millimètres × 10 millimètres (poto prise après les 20 jours de traitement).

Photo n° 29.115[1] : après 8 jours de traitement correspondant à 2.400.000 unités de pénicilline et 56 centigrammes de bismuth, le chancre n'est pas modifié, il est érosif, et mesure 20 millimètres × 20 millimètres. La continuation du traitement aux mêmes dises n'aboutit à l'épidermisation qu'au 18e jour seulement. Le dosage de la pénicilline utilisée a montré une activité au milligramme de 1.007 unités, donc correcte. Cette pénicilline avait une teneur en pénicilline G de 43,7 o/o.

Mais nous voulons surtout préciser l'action de ce traitement sur la sérologie.

En comparant les résultats obtenus par ce traitement pénicillo-bismuthique intensif et ceux obtenus par une cure isolée de 20 injections tri-hebdomadaires de bismuth, c'est-à-dire avec la même dose de bismuth, 80 jours après le début des traitements, nous avons obtenu :

pour les 17 syphilis primaires séro-positives traitées par la cure pénicillo-bismuthique 63 o/o des chancres sont devenus séro-négatifs alors que pour les 19 syphilis primaires séro-positives traitées par les 20 injections tri-hebdomadaires de bismuth, 100 o/o des chancres sont devenus séro-négatifs ;

pour les 10 syphilis secondaires traitées par la cure pénicillo-bismuthique, 71 o/o sont devenus séro-négatives, alors que pour les 15 syphilis secondaires traitées par les 20 injections tri-hebdomadaires de bismuth, 100 o/o sont devenues séro-négatives.

Nous ne voulons certes pas considérer sous l'angle d'une statistique valable ces résultats réduits à un si petit nombre de cas. Mais, ces premiers résultats comparatifs laissent cependant à réfléchir sur l'opportunité d'un traitement intensif pénicilline-bismuth.

Le peu de temps dont nous disposions pour étudier ces faits ne nous a pas permis de rechercher la cause de ces résultats paradoxaux. Nous avons amorcé une étude de l'élimination du bismuth au cours de ces traitements pénicilline-bismuth.

Nous faisons doser par A. Daigney la quantité de bismuth éliminé par les urines, le 8e, le 12e et le 16e jour du traitement, en comparant cette élimination au cours des cures conjuguées pénicilline-bismuth et au cours des cures bismuthiques isolées. La quantité de bismuth est recherchée sur les urines de 24 heures par la méthode modifiée de Fabre-Chéramy, en transformant le bismuth en iodo-bismuthate de quinine stabilisé par addition d'hydroquinone et dosé photométriquement. Les premiers résultats semblent montrer une élmination accélérée avec la pénicilline. Mais nos résultats sont trop peu nombreux pour permettre encore une conclusion.

Absence d'action de la pénicilline sur l'élimination du bismuth dans l'association pénicilline-bismuth,

Par MM. P. DUREL et M. RAYROUX (Paris)

Il vient tout de suite à l'esprit, devant l'action favorable de la pénicilline en bismuthothérapie, que l'antibiotique s'oppose aux incidents infectieux dont la part est si grande dans les stomatites. Cependant une autre hypothèse devait être évoquée qui aurait été l'accélération du métabolisme du bismuth dans l'organisme sous l'influence de la pénicilline par le phénomène du déplacement, parfois observé en chimiothérapie.

Nous avons donc étudié l'élimination du bismuth chez des malades qui recevaient soit du bismuth seul, soit du bismuth + pénicilline (1).

Trois malades reçurent tous les deux jours une injection intramusculaire de 1 cm^3 5 de néocardyl soit 75 milligrammes de bismuth par injection. La totalité des urines est recueillie, il est fait un dosage par jour.

Nous avons retrouvé les variations, selon les individus et chez un même individu d'un jour à l'autre, qui ont été signalées par tous les auteurs. Cependant les moyennes montrent que l'élimination urinaire ne subit pas une chute importante les jours où l'on n'injecte pas de bismuth. Nous savons en effet que le produit s'élimine lentement, ce qui évite les brusques décharges que l'on aurait en utilisant un produit hydrosoluble. Pendant les 9 premiers jours, la courbe de l'élimination croît assez régulièrement, pour atteindre à ce moment 5 milligrammes par 24 heures; la courbe se stabilise ensuite entre 4 et 5 milligrammes.

Six malades ont reçu la même dose de bismuth mais en même temps, chaque jour, 100.000 U. de pénicilline colorée. A de petites nuances près, *la courbe est la même.*

On peut donc conclure que ce n'est pas en accélérant le passage du bismuth dans l'organisme que la pénicilline agit dans l'association pénicilline-bismuth.

Quatre malades ont reçu chaque jour, une injection de néocardyl et une de 100.000 U. de pénicilline. Dans ce cas la courbe d'élimination a la même allure mais à un niveau supérieur : on atteint 10 milligrammes par litre.

La pénicilline s'élimine vite; le bismuth lentement. C'est sans doute pourquoi les 3 lisérés ou stomatites que nous avons observés (sur 17 femmes) l'ont été *après la fin de la cure mixte.* Cette observation nous a conduits à prolonger la pénicilline, ce qui, en outre, a l'avantage d'augmenter la dose du traitement initial. Nous injectons, chaque jour, pendant 12 jours : un néocardyl et 200.000 U. de pénicilline (pénicilline G en 2 injections de 100.000 U. dans 10 centimètres cubes de subtosan à 25 o/o de P. V. P.) et continuons la même dose de pénicilline pendant 8 jours encore.

Faut-il abandonner le novarsénobenzol ?

Par M. F. LEBEUF (Lyon)

La plupart des syphiligraphes paraissent avoir constaté une diminution progressive de l'activité du novarsénobenzol. En 1932 déjà, j'avais observé à l'Antiquaille, avec mon maître J. Nicolas et mon ami G. Massia (1), 12 o/o de syphilis novarséno-résistantes. Depuis il me semble que les cas de novarséno-résistance ont encore augmenté, et il y a là sans doute une loi générale qui fait que plus ou moins longtemps après l'introduction d'un médicament, l'action thérapeutique de ce dernier diminue. Nous en avons un exemple frappant récent dans l'emploi des sulfamidés.

Quelques auteurs pourtant, parmi lesquels G. Garnier (2), admettent que l'activité des arsenicaux n'a pas diminué : leur action est rapide et brillante, dans beaucoup de cas, ce que je ne conteste pas, mais l'efficacité du novarsénobenzol perd peu à peu du terrain.

Quoiqu'il en soit, ce n'est pas pour cette seule raison que j'ai presque abandonné complètement ce médicament. Ce sont les accidents, et en particulier les accidents mortels, qui m'ont obligé à rejeter le novarsénobenzol.

Déjà en 1922 Brocq (3) soulignait les dangers des arsénobenzols. Depuis, chaque syphiligraphe a observé plusieurs cas de mort. Personnellement je me souviens avoir vu pendant mon internat (1920-1924) plusieurs cas de mort par le novar-

(1) Nous avons employé pour le dosage du bismuth dans l'urine une métode utilisée pour le dosage de Sb décrite dans *Industrial and Engineering Chemistry-Analytical Edition*, février 1946, p. 146 ; méthode que nous avons adoptée au dosage du Bi. On obtient un iodo-bismuthate et l'on fait un dosage colorimétrique à l'aide de l'électrophotomètre de Meunier, avec l'écran 43.

sénobenzol. J'ai publié, avec mes maîtres J. Nicolas et J. Gaté (4), un cas de purpura aigu hémorragique post-novarsénobenzolique mortel. J'ai observé aussi plusieurs cas d'apoplexie séreuse mortels et de nombreuses érythrodermies vésiculo-œdémateuses, la plupart ayant entraîné la mort.

Après 23 ans de pratique de clientèle, j'ai été amené à employer de moins en moins le novarsénobenzol, ayant eu, au début de ma carrière, deux cas de mort dont je vais rapporter l'observation résumée.

Observation I. — Mme R..., 67 ans, venue à mon cabinet la première fois le 28 janvier 1925 pour une dermite aubergine de la jambe droite. Chancre syphilitique du mamelon en 1909, alors qu'elle était nourrice, suivi d'angine de longue durée et de roséole. Abolition des réflexes tendineux, irrégularité pupillaire de l'œil gauche avec mydriase et faiblesse de la réaction photomotrice. Néphrite chronique avec œdème des jambes, sans hypertension (léger disque d'albumine). Cette malade, qui avait été traitée au début *per os* et au moyen d'injections mercurielles, vient régulièrement me consulter et je lui fais pendant 4 ans des séries alternées de novar (jusqu'à 0 gr. 75) et de cyanure de mercure. Sa jambe guérit rapidement et après chaque série l'albumine disparaît des urines pendant quelque temps (syphilis rénale probable). Le 18 février 1929, un oculiste ayant décelé une légère pâleur papillaire de l'œil gauche, me l'adresse, conseillant une nouvelle série de novar. Je lui fais une injection de 0 gr. 15 (néotréparsénan Clin), sans incident. Le soir, elle se rend chez sa fille, où, contrairement à mes conseils, elle mange un potage et un œuf. Puis elle se couche. A minuit, vomissements alimentaires, puis bilieux abondants et répétés, dyspnée, cyanose des extrémités, anurie absolue. Est morte le lendemain à 15 heures, ayant présenté des accidents urémiques quelques heures après cette injection de 0 gr. 15 (anurie mortelle par blocage rénal). Les séries antérieures de novar avaient toujours été bien supportées.

Obs. II. — M. V..., 53 ans. Vient consulter le 21 novembre 1927. Chancre syphilitique 20 ans avant, soigné par pilules mercurielles. Pas d'injections intraveineuses avant 1915. En 1917, tabès : troubles de la marche, crises gastriques, douleurs fulgurantes, abolition des réflexes tendineux, signe d'Argyll-Robertson, etc. Fait chaque année une saison à Lamalou. Séries régulières de novar de 0 gr. 30 à 0 gr. 75 chaque semestre, bien supportées pendant 10 ans. Le 23 avril 1937 injection intraveineuse de 0 gr. 15, faite à jeun. Après son injection part à Champagne-en-Valromey où il habite, dans la nuit se plaint de dyspnée et de vomissements bilieux. Il meurt le lendemain (le médecin du pays qui l'a vu m'a écrit qu'il était mort d'insuffisance cardiaque).

Voilà donc deux cas de mort un jour après une injection de 0 gr. 15 de novarsénobenzol. J'ajoute que je soigne actuellement une jeune fille dont le frère est mort l'an dernier à la suite d'une érythrodermie vésiculo-œdémateuse, malgré l'emploi de fortes doses de pénicilline.

Je ne signale qu'en passant les autres accidents non mortels que j'ai observés : crises nitritoïdes, qui me paraissent moins fréquentes qu'au début de l'emploi du novarsénobenzol, ictères (moins fréquents aussi parce qu'on évite de traiter les hépatiques avec le novar : après un seul vomissement ou même des nausées, mon maître Nicolas conseille d'abandonner définitivement le novar), éruptions diverses, dont plusieurs érythrodermies, deux ayant guéri en laissant sur la peau des taches pigmentées intenses, qui persistent encore actuellement chez une de mes malades, 10 ans après son érythrodermie. J'ai observé aussi une agranulocytose qui a guéri après m'avoir donné beaucoup d'inquiétude (les transfusions du sang ont heureusement sauvé le malade).

C'est en raison de tous ces accidents que j'ai trouvé prudent et consciencieux d'abandonner le novarsénobenzol, qui a rendu certes beaucoup de services, mais qui peut être remplacé avantageusement, soit par les injections de bismuth employées seules — les résultats de MM. J. Gaté et P. Cuilleret (5), de M. Casabianca (6) montrent l'efficacité de cette méthode, — soit par l'association des sels de bismuth, du cyanure de mercure et de la pénicilline, médicaments beaucoup mieux tolérés, bien que quelques cas de mort par les injections bismuthiques aient été signalés. Pour terminer, je vais rapporter l'un de ces cas, dont l'observation m'a été communiquée par un confrère qui préfère garder l'anonymat :

Obs. III. — J'ai vu l'an dernier en consultation Mme H.., jeune veuve, accompagnée de son médecin traitant, qui m'a appris la mort du mari à la suite d'une injection

intramusculaire d'hydroxyde de bismuth (muthanol). Cette dame avait eu en avril 1946 une fausse couche, et la sérologie, pratiquée chez elle après cet accident, avait été positive, sans qu'elle ait présenté antérieurement de symptômes de syphilis. Elle reçoit 6 injections intraveineuses de cyanure de mercure et 7 injections intramusculaires d'hydroxyde de bismuth, injections qui avaient été bien tolérées. La sérologie du mari est négative, mais son médecin avait l'intention de le réactiver au moyen de 3 injections intramusculaires d'hydroxyde de bismuth, car le sujet avait eu une syncope émotive au cours de sa prise de sang. Le jour où sa femme recevait sa 7e injection. de bismuth, il reçoit sa première injection intramusculaire. Cinq jours plus tard, ils présentent l'un et l'autre un abcès de la fesse. Tableau clinique chez le mari : fièvre (39°5) pendant deux jours, non améliorée par les sulfamidés, avec état général relativement bon ; fesse un peu rouge. Brusquement la fièvre monte au-dessus de 40° : phénomènes d'asphyxie, fesse très rouge sans tuméfaction nette. Un chirurgien appelé en hâte diagnostiquait un érysipèle. La mort est survenue en quelques heures, malgré 100.000 unités de pénicilline. Il n'était ni cirrhotique ni albuminurique. Il n'avait jamais été malade auparavant quoiqu'il présentât un teint pâle, blafard et maladif. Son foie était hypertrophié au moment de sa mort, mais il n'avait jamais été soigné pour des troubles hépatiques. L'abcès de sa femme a été incisé et a guéri.Malgré un traitement régulier, sa sérologie reste encore positive.

En résumé, la diminution de l'activité d'une part, la grande fréquence des accidents mortels d'autre part m'ont amené à abandonner le novarsénobenzol. La thérapeutique bismuthique exclusive ou l'association du bismuth, du mercure et de la pénicilline permettent de traiter correctement la syphilis, sans faire courir de grands risques aux malades, bien que des cas exceptionnels de mort aient été observés avec l'emploi des sels de bismuth.

BIBLIOGRAPHIE

1. J. Nicolas, G. Massia et F. Lebeuf. — Étude clinique des syphilis novarséno-résistantes. Modalités évolutives et caractères morphologiques. *Le Journal de Médecine de Lyon*, 20 mai 1932.
2. G. Garnier. — Défense des arsénobenzènes. *Soc. Fr. de Derm. et de Syph.*, séance du 14 mars 1946 (*Bull.* n° 5-6, mai-juin 1946, pp. 67-68).
3. L. Brocq. — Réflexions d'un praticien à propos du traitement de la syphilis. *La Presse médicale*, 17 mai 1922.
4. J. Nicolas, J. Gaté et F. Lebeuf. — Purpura aigu hémorragique post-novarsénobenzolique. *Ann. de Derm. et de Syph.*, décembre 1923, n° 12.
5. J. Gaté et P. Cuilleret. — Statistique concernant 310 cas de syphilis primo-secondaire traités uniquement par les injections de bismuth. *Soc. Fr. de Derm. et de Syph.*, séance du 14 mars 1946 (*Bull.*, n° 5-6, mai-juin 1946, pp. 282-283).
6. J. Casabianca. — La bismuthothérapie exclusive dans le traitement de la syphilis. *Soc. Fr. de Derm. et de Syph.*, fil. de Lyon, séance du 7 avril 1946 (*Bull.* n° 3, mars 1946, pp. 170-171).

Résultats immédiats de la pénicillothérapie dans la syphilis,

Par MM. J. RAVOIRE et G. VALLAT (Montpellier)

La statistique du Service de Dermato-Syphiligraphie des Cliniques Saint-Charles porte sur 45 cas comprenant 17 syphilis récentes et 28 syphilis anciennes.

Les doses utilisées ont varié de 1.000.000 à 4.000.000 d'unités, le total habituellement atteint étant de 2.400.000 et 3.000.000. La dose quotidienne de 80.000 à 100.000 unités au début est actuellement de 240.000 et 360.000 unités réparties en 6 à 8 injections intramusculaires.

L'association d'une cure bismuthique a été appliquée systématiquement pour les syphilis récentes, presque constamment pour les syphilis anciennes. Dans deux cas de syphilis nerveuses, nous avons fait appel aux doses pyrétogènes par le propidon intraveineux.

I. — Syphilis récentes : 17 cas.

Le chancre cicatrise en 6 à 12 jours. La roséole pâlit en 48heures, ainsi que les lésions papuleuses qui s'affaissent très rapidement, pour disparaître tout à fait dans un délai de 3 semaines. Les plaques muqueuses se montrent particulièrement sensibles au traitement.

Fait intéressant, 2 femmes enceintes, traitées l'une au 3e, l'autre au 7e mois ont mis au monde 2 enfants normaux indemnes de syphilis congénitale précoce.

Six cas ont été jusqu'à présent l'objet d'un contrôle sérologique dans un délai de 2 à 6 mois. Deux malades seulement ont vu leurs réactions de Wassermann et d'Hecht négativées, cependant que le Kahn présomption reste positif.

Échec complet pour les autres.

II. — Syphilis anciennes : 28 cas.

Résultat satisfaisant pour une syphilis latente dont la réaction de Wassermann était réduite à une croix 2 mois plus tard.

Seize cas de réactions sérologiques irréductibles dont 4 au cours de syphilis congénitales se soldent par un échec si l'on excepte la réduction partielle des réactions de déviation du complément pour deux d'entre eux.

Un paralytique général, éthylique, a présenté une amélioration psychique notable à la suite d'une cure de 3.000.000 d'unités associée à la pyrétothérapie. Le recul de temps insuffisant et l'intrication des thérapeutiques ne nous permet pas de juger des résultats obtenus chez un autre paralytique général et chez 3 tabétiques.

Par contre, une spondylite avec méningo-radiculite chez un noir fut très favorablement influencée.

Chez un noir également, une périostite très douloureuse des radius et des tibias ne présenta qu'une sédation temporaire après la pénicillothérapie.

Quant aux incidents de la cure, ils ne sortent pas du cadre actuellement classique.

Dans 4 cas, nous avons observé un accès fébrile à 39°-40° précédé de frissonnement, débutant 3 heures environ après la première injection de pénicilline et cédant spontanément en moins de 12 heures, sans nécessiter l'interruption du traitement. Conformément aux constatations de MM. Tzanck, Sidi et Belleman, nous ne l'avons constaté que chez des syphilitiques primo-secondaires, dont c'était là le premier traitement.

Signalons le cas particulier d'une fièvre d'intolérance, bien différente, chez un syphilitique ancien à sérologie résistante, dont la température s'éleva à 39° le 3e jour du traitement et oscilla de 38° à 40° pour céder seulement 48 heures après l'arrêt de la cure.

Notons enfin 2 cas de diarrhée, une urticaire et une seule réaction d'Herxheimer : réactivation d'un chancre et de la balanite concomitante au 8e jour du traitement d'une syphilis primo-secondaire.

Notre brève statistique confirme ainsi l'innocuité de la méthode, les bons résultats obtenus très rapidement sur les lésions cutanéo-muqueuses. Elle nous semble, par contre, particulièrement fâcheuse quant à la négativation des réactions sérologiques.

Le secrétaire :

P. Rimbaud.

Le Gérant : G. Masson.

DÉPÔT LÉGAL : 1947. 4e TRIMESTRE, N° D'ORDRE 533, MASSON ET Cie, ÉDITEURS, PARIS.
BARNÉOUD FRÈRES ET Cie, IMPRIMEURS (31.0566). LAVAL. N° 795. — 12-1947.

TRAVAUX ORIGINAUX

EMPREINTES ÉPIDERMIQUES PALMAIRES ET MALADIES MENTALES

Par P. PICHOT
Médecin assistant des Hôpitaux de Paris.

(*Travail de la Clinique des Maladies mentales. Prof.* J. Delay).

Définition.

La peau de la face palmaire de la main et des doigts présente chez tous les individus un certain nombre de particularités morphologiques constituées par les crêtes papillaires d'une part, les plis de flexion d'autre part. On peut schématiser et classer ces éléments en cinq groupes :

1° Les crêtes papillaires des dernières phalanges des doigts ; ce sont les empreintes digitales proprement dites.

2° Les crêtes papillaires des autres phalanges.

3° Les crêtes papillaires de la paume de la main.

4° Les plis de flexion de la paume de la main ; ce sont les lignes de la main des chiromanciens.

5° Les plis de flexion des doigts.

Historique.

La connaissance de certains de ces éléments est très ancienne. On a retrouvé des empreintes digitales imprimées dans l'argile sur un mur chaldéen datant de la seconde dynastie d'Ur (2800 avant J.-C.). Mais ce sont les plis de la paume dont on a voulu faire depuis l'antiquité un miroir de la structure psychique des individus. La chiromancie remonte à Aristote et a connu un succès étendu et durable. Les traités de chiromancie sont aussi nombreux que dépourvus de toute objectivité scientifique.

Il faut attendre le XIXe siècle pour voir apparaître les premières études morphologiques sur les empreintes digitales. Purkinje (1823), puis Huschke et Allix inaugurent cette étape qui trouve sa consécration dans l'œuvre de Galton (1888) qui instaure l'emploi de la dactyloscopie anthropométrique. Une nouvelle phase s'ouvre à partir de 1920 avec l'étude embryologique et génétique des empreintes, œuvre surtout de K. Bonnevie. Les autres empreintes épidermiques, moins intéressantes au point de vue anthropométrique ont été, de ce fait, étudiées avec un certain retard. Il faut surtout signaler les travaux de Cummins sur les crêtes palmaires, de H. Pöch sur les plis de flexion.

Publication périodique mensuelle.

Les premières tentatives d'établir des rapports entre certaines maladies mentales et les empreintes épidermiques sont anciennes (Féré, 1895, R. Langdon-Down, 1909). Plus récemment, de nombreux travaux y ont été consacrés et ont bénéficié de l'apport des méthodes de calcul statistique et de la génétique modernes. Sur les empreintes digitales, Gercke, Poll, Duis, Turpin ont étudié l'aspect morphologique du problème, Portius, Abel, l'aspect génétique. Cummins a surtout envisagé les crêtes palmaires, Penrose, Bettmann, Rittmeister, Portius, Delay et Pichot les plis de flexion.

Les éléments normaux.

Il est indispensable de rappeler sur l'embryologie, la systématique et la génétique des divers éléments certaines notions dont la connaissance est indispensable à la compréhension des faits étudiés.

I. — Empreintes digitales

A. — *Embryologie.* — La formation des crêtes papillaires a été décrite de la façon suivante par Bonnevie :

« La différenciation des crêtes papillaires apparaît chez l'embryon humain dès le troisième mois de la vie intra-utérine. Les pulpes digitales sous l'influence d'un afflux sanguin important se gonflenet, prennent un aspect hémisphérique et l'épiderme qui les recouvre paraît tendu à l'extrême limite de son élasticité. Cette forte tension interne cède vers le milieu du troisième mois et l'épiderme se rétracte. La couche profonde de l'épiderme a été pendant ce temps le siège d'une prolifération cellulaire intense surtout au niveau d'un petit territoire central qui, de cette manière, est l'origine du dessin papillaire. Cette zone profonde de croissance, au cours de la rétraction de l'épiderme, se voit contrainte de se plisser sur la région de moindre résistance, c'est-à-dire sur le tissu conjonctif sous-jacent. Les plis qui au début sont très serrés les uns contre les

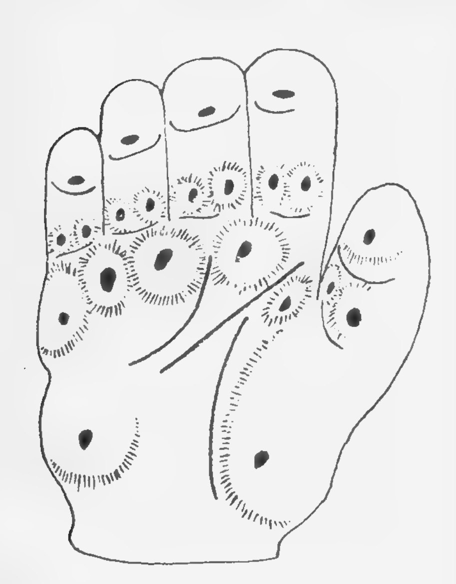


Fig. 1. — Face palmaire de la main d'un embryon à la fin du deuxième mois de la vie intra-utérine (d'après un modèle de W. Abel construit sur les données de Schaenble et K. Bonnevie).

autres représentent déjà les premières crêtes papillaires. Elles persistent durant les stades ultérieurs du développement et constituent le centre autour duquel s'accumulent les autres crêtes jusqu'à constituer, à la fin du quatrième mois embryonnaire, le dessin digital dans ses principaux traits » (fig. 1).

B. — *Systématique.* — Les crêtes papillaires se divisent en trois systèmes :

1° Le *système basilaire*, voisin du pli de flexion de la phalangette où les crêtes vont d'un bord à l'autre en direction sensiblement transversale.

2° Le *système marginal*, fait de crêtes courbes à concavité inférieure, allant d'un côté à l'autre de l'empreinte, en passant par le sommet. Les extrémités s'abaissent pour sortir à gauche et à droite du dessin dans une direction à peu près parallèle au système basilaire.

3° Le *système nucléaire* placé entre les deux précédents.

D'une manière générale on peut distinguer trois grands types de dessins digitaux (fig. 2) :

Arcs,
Boucles,
Tourbillons.

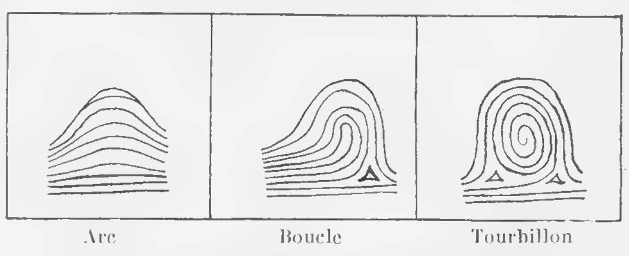


Fig. 2. — Principaux types de dessins du système des crêtes papillaires (très schématique).

On appelle :

a) *Centre de la figure*, le point de rebroussement ou d'incurvation des lignes papillaires qui se trouve dans la zone avoisinant le milieu du dessin. Suivant le type de dessin il peut y avoir 0 centre (arcs), 1 centre (boucles), 2 centres (doubles boucles) parfois 3 ou 4.

b) *Delta*, la figure formée par la confluence des trois systèmes de crêtes (basilaire, marginal et nucléaire). Il peut y avoir 0 delta (arcs), 1 ou plusieurs. Dans ce dernier cas seul l'un d'eux répond aux conditions énoncées, les autres font partie du système nucléaire.

c) *Courbe d'enveloppement*, la dernière crête avant le delta en partant du centre de la figure (fig. 3).

d) *Valeur quantitative* (K. Bonnevie), le nombre de crêtes coupées par une ligne tracée entre le centre de la figure et le delta. Cette valeur est de 0 pour les arcs qui ne possèdent pas de delta. On distingue :

la valeur quantitative maximum qui est la plus élevée trouvée sur l'un des dix doigts ;

la valeur quantitative moyenne, moyenne des valeurs pour les dix doigts.

e) *Le nombre de crêtes entre le centre de la figure et le rebord unguéal* (Abel, 1938) (fig. 4).

C. — *Hérédité.* — Le problème de l'hérédité des empreintes digitales a été résolu dans sa plus grande part grâce aux travaux de K. Bonnevie.

On connaît de façon certaine trois facteurs indépendants l'un de l'autre et déterminant certains caractères des empreintes.

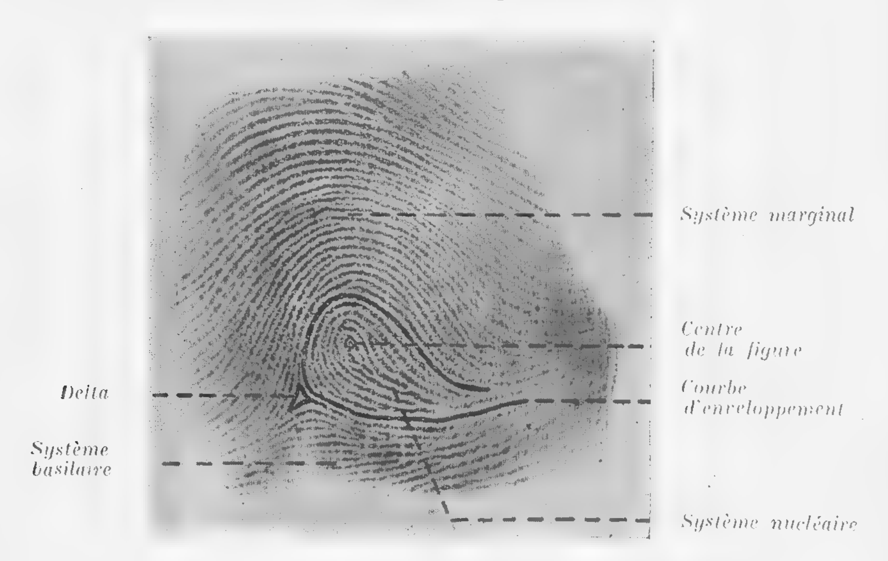


FIG. 3. — Principaux caractères topographiques du dessin digital.



FIG. 4. — Principaux caractères quantitatifs du dessin digital :

a) Valeur quantitative (K. BONNEVIE) ;

b) Nombre de crêtes entre le centre de la figure et le rebord unguéal (W. ABEL).

1° Le *facteur* V ou facteur général de tension. Il détermine la courbure de la pulpe épidermique au deuxième mois. Ce facteur à dominance partielle est précisé par la valeur quantitative maximum.

Les homozygotes dominants VV ont une valeur comprise entre o et 15 crêtes correspondant à un état de tension très faible de l'épiderme.

Les homozygotes récessifs *vv* ont une valeur supérieure à 22 crêtes, correspondant à une tension extrême d'un épiderme très fin.

Les hétérozygotes V*v* sont intermédiaires (valeur quantitative maximum de 16 à 21).

2° Les *facteurs de capitonnage* sont au nombre de deux, l'un correspondant aux trois doigts radiaux, l'autre aux deux doigts cubitaux. Antagonistes du premier facteur ils agissent en épaississant l'épiderme, entraînant une courbure moindre et un plissement plus faible. Ils sont à dominance partielle. Le *facteur R*, facteur radial de capitonnage, est précisé par la valeur de la différence entre la valeur quantitative maxima et la plus faible valeur quantitative des doigts radiaux. Les homozygotes dominants RR correspondent à des différences supérieures à 10 crêtes, les homozygotes récessifs *rr* à des différences de o à 4 crêtes, les hétérozygotes R*r* à des différences de 5 à 9 crêtes.

Le *facteur U*, facteur cubital de capitonnage, a la même détermination que le précédent.

L'existence de facteurs péristatiques possibles a été reconnue par Bonnevie, Abel et de nombreux auteurs. Il existe certaines corrélations entre le type de dessins et le génotype des empreintes.

II. — Crêtes papillaires des première et deuxième phalanges

Étudiées surtout par Ploetz-Radmann, elles n'ont pas été étudiées dans les maladies mentales.

III. — Crêtes papillaires de la paume de la main

A. — *Embryologie.* — Elle est analogue à celle des empreintes digitales.

B. — *Systématique.* — Leur description est très complexe. La systématisation classique est due aux auteurs américains, en particulier à Cummins et ses collaborateurs. Nous nous bornerons à signaler un seul élément : la crête A*a* part du delta situé au-dessous de l'index et se termine au niveau de l'éminence hypothénar, au bord cubital de la paume (fig. 5)

C. — *Hérédité.* — Elle est beaucoup plus mal connue dans ses modalités que celle des empreintes digitales.

IV. — Plis palmaires

A. — *Embryologie.* — Esquissée par Féré, elle a été étudiée complètement par Würth. Cet auteur a montré que les plis palmaires, de même d'ailleurs que les plis de flexion des doigts, n'étaient pas secondaires aux

mouvements de flexion, mais qu'ils apparaissaient au cours des deuxième et troisième mois de la vie intra-utérine. Ils sont dus à une hypoplasie



Fig. 5 — Crêtes et plis palmaires.

épidermique primitive se produisant à la limite des éminences qui donnent origine aux crêtes. Leur formation n'a aucun rapport avec le développement musculaire ou osseux de la main.

B. — *Systématique.* — Nous n'insisterons pas sur la très ancienne symbolique des chiromanciens, qui distinguent les lignes de cœur, de tête, de vie, etc... Féré a repris la description anatomique, mais la systématisation la plus complète est l'œuvre de H. Pöch.

C. — *Hérédité.* — Elle est mal connue. Son existencee st incontestable en ce qui concerne les plis principaux. C'est ainsi que l'identité des plis a été utilisée comme élément de diagnostic dans l'étude des jumeaux par Turpin. Les modalités précises sont inconnues.

V. — Plis de flexion palmaire des doigts

Ils sont au nombre de trois pour chaque doigt, sauf pour le pouce qui n'en possède que deux. Embryologiquement ils se développent indépendamment des articulations auxquelles ils correspondent.

Empreintes épidermiques palmaires dans les maladies mentales.

Les rapports entre empreintes épidermiques palmaires et maladies mentales ont été surtout étudiées :

1° Dans le groupe hétérogène des oligophrénies, et plus spécialement dans l'oligophrénie mongolienne qui se prête particulièrement à cette étude du fait de sa fréquence relativement élevée, et des nombreuses anomalies dermatoglyphiques qu'on y rencontre.

2° Dans la schizophrénie et la psychose maniaco-dépressive. Ces recherches ont été souvent influencées par la typologie kretschmérienne.

3° Dans les troubles du comportement social et en particulier chez les délinquants.

A. — Les empreintes digitales dans les maladies mentales

1° *Anomalie dans la proportion globale des dessins digitaux.*

a) *Chez les oligophrènes mongoliens,* on retrouve de façon frappante certaines caractéristiques :

fréquence des boucles,
rareté des tourbillons,

d'où élévation du rapport boucle/tourbillon (Cummins, Turpin).

	Arcs o/o	Boucles o/o	Tourbillons o/o	B/T
Normaux (Galton, Angleterre)	6,5	67,5	26	2,6
54 mongoliens (Cummins, 1936, U. S. A.)	2,6	76	19,8	3,8
20 mongoliens (Turpin, 1945, France).	4	88,5	7,5	11,8

b) *Chez les schizophrènes*, Duis (1937) n'a pas trouvé de différence significative dans la comparaison de 772 schizophrènes de Prusse Orientale avec les chiffres de Abel (1935) portant sur des sujets normaux de la même région. Le pourcentage de tourbillons est de 29,9 chez les schizophrènes, de 29,5 chez les normaux.

2° *Différence sexuelle des proportions globales de dessins digitaux.*

a) *Chez les sujets normaux*, il existe une différence entre les proportions des dessins chez l'homme et la femme (Cevidalli, 1906).

b) *Chez les malades mentaux* envisagés dans leur ensemble, Poll et Blümel (1928) signalent que « l'effacement de la différence sexuelle est caractéristique de l'anormalité mentale ».

c) *Chez les schizophrènes*, Poll, en 1935, retrouve cette notion. Duis (1937) a contesté la généralité du fait, qui ne serait nette qu'en ce qui concerne la fréquence des arcs à l'index.

	Arcs o/o		Boucles o/o		Tourbillons o/o	
	♂	♀	♂	♀	♂	♀
Sujets normaux (Poll, 1935, Berlin).	4,3	7,6	6·,1	65,6	33,6	26,8
Schizophrènes (Poll, 1935, Berlin)	5,7	6,6	65,8	65,3	28,5	28,1
Schizophrènes (Duis, 1937, Kœnigsberg).	5,2	7,8	64,3	62,6	30,2	22,6

3° *Étude de la formule bimanuelle.*

Cette méthode est due à H. Poll qui lui a substitué ultérieurement le dactylodiagramme. Elle permet de représenter graphiquement la répartition des différents dessins digitaux aux dix doigts dans une population donnée.

a) *Chez les malades mentaux* dans leur ensemble, Poll et Blümel (1928), Gercke (1932) ont montré que les formules différaient de celle des individus normaux. Les différences sont complexes, les traits les plus nets étant :

1° augmentation des formules à 0 tourbillon ;

2° augmentation des formules à 10 boucles.

L'augmentation, plus nette chez l'homme que chez la femme, tend par suite à effacer la différence sexuelle.

	♂		♀		Total	
	1.300 malades	5.914 normaux	1.382 malades	3 655 normaux	2.682 malades	9.569 normaux
0 tourbillon . .	28,65	21,83	28,44	27,99	27,67	24,20
10 boucles . . .	19,38	15,57	19,18	16,77	19,28	16,03

b) *Chez les schizophrènes,* Poll avait signalé en 1921 des modifications spécifiques de la formule bimanuelle. En 1935, il a signalé des particularités du dactylodiagramme. Ces conclusions n'ont pu, en l'absence de groupes de comparaison, être confirmés par Duis (1937).

c) *Chez les oligophrènes,* Poll, Blümel ont retrouvé les mêmes caractères que chez les malades mentaux en général :

augmentation des formes à 0 tourbillon (28 o/o au lieu de 21 o/o dans le groupe de comparaison) ;

augmentation des formes à 10 boucles (29 o/o au lieu de 16 o/o).

Ces résultats obtenus chez des garçons sont identiques en plus accentué à ceux que donne l'examen de la formule des fillettes oligophrènes.

4° *Étude de la ligne d'enveloppement.*

Cette méthode, proposée par Turpin et Caspar Fontmarty (1944), a été appliquée par eux à l'étude des *oligophrènes mongoliens* (1945). Ils ont montré que chez les mongoliens les boucles tendent à s'orienter suivant l'axe du doigt, réalisant avec les crêtes d'origine une image presque en équerre.

5° *Caractères quantitatifs.*

Il n'existe aucune corrélation entre la valeur quantitative et le quotient intellectuel au Binet-Standford dans un groupe d'*oligophrènes* (Bonnevie, 1927). On obtient un coefficient $r = 0{,}01 \pm 0{,}05$.

Cependant la comparaison avec un groupe de sujets normaux fait ressortir un glissement vers les grandes boucles aux dépens des grands tourbillons et à moindre degré des petites boucles et des petits tourbillons.

Le nombre de crêtes entre le centre de la figure et le rebord unguéal est considérablement augmenté, parfois de 50 o/o chez les *oligophrènes mongoliens* (Abel, 1938). Cette augmentation est liée à la finesse de la peau chez ces sujets.

6° *Anomalies des empreintes.*

Les érosions congénitales des empreintes ont été signalées par Abel (1936) chez les *oligophrènes mongoliens*, ainsi que chez les *délinquants*. On les rencontrerait également chez les albinos, dans la syphilis congénitale, et chez certains groupes raciaux (pygmées du Congo).

7° *Répartition des génotypes.*

Chez les *oligophrènes mongoliens*, Abel (1940) a montré l'augmentation de la fréquence de certains génotypes homozygotes.

	vv	*v*V	VV	*rr*	*r*R	RR	*uu*	*u*U	UU
170 normaux. . .	42	48	10	8	36	54	25	53	21
31 mongoliens . .	76	24	0	0	35	65	3	13	84

B. — Les crêtes papillaires de la paume dans les maladies mentales

Chez les *oligophrènes mongoliens*, on a décrit un certain nombre de particularités. La tendance des crêtes de la partie distale de la paume à prendre une orientation transversale a été notée par Cummins (1936). Geigel (1938) a précisé le fait en montrant que la crête A qui, normalement (dans 97 o/o des cas), a une terminaison proximale par rapport à l'origine du pli de trois doigts, se terminait distalement chez les mongoliens dans 41,5 o/o des cas.

Par ailleurs, Cummins a noté la fréquence particulière de certains dessins au niveau de l'éminence hypothénar. Abel (1940) a signalé la possibilité d'érosions au niveau du delta hypothénarien.

C. — Les plis de flexion de la paume dans les maladies mentales

1° *Plis de flexion et typologie kretschmérienne.*

La répartition générale a été étudiée par Friedemann (1928) chez les schizophrènes et les maniaco-dépressifs dans la perspective typologique kretschmérienne.

a) *Chez les schizophrènes*, l'auteur distingue trois types de mains correspondant aux trois constitutions physiques :

— main aristocratique, correspondant au type leptosome normal ;

— main athlétique, correspondant au type athlétique.

— main dysplasique infantile, correspondant au type dysplasique.

Quel que soit le type, il se superpose nettement dans 50 o/o des cas aux plis principaux qui dessinent un M couché, des plis partant de la base de la main et se dirigeant vers la base des doigts, qui coupent les précédents à angle droit. Par ailleurs les plis sont étroits et peu profonds.

b) *Chez les maniaco-dépressifs*, la main correspond au type pycnique. Elle ne présente que dans 18 o/o des cas les plis proximo-distaux décrits précédemment. Les plis sont très larges et très profonds.

2° *Pli transverse unique et syndrome de Crookshank.*

L'existence d'un pli de flexion unique (fig. 6) remplaçant les deux plis habituels (ligne de cœur et ligne de tête des chiromanciens) est une anomalie dont les rapports avec certaines affections mentales ont été particulièrement étudiés.

Portius (1937) a proposé une systématisation des formes intermédiaires entre le pli unique et l'aspect habituel des plis. Il distingue (fig. 7) :

— La forme pure, constituée par une ligne transverse unique sans aucun embranchement latéral.

— La forme intermédiaire I, qui comporte un embranchement latéral correspondant au trajet cubital de la ligne de tête.

— La forme intermédiaire II, avec deux embranchements latéraux représentant respectivement les terminaisons de la ligne de cœur et de la ligne de tête, la première étant généralement plus courte que normalement.

— La forme intermédiaire III, où l'aspect de la paume est sensiblement normal, mais où les lignes de cœur et de tête sont réunies par un pont transversal.

Peu d'auteurs ayant adopté une systématisation aussi précise, les chiffres donnés présentent souvent des différences appréciables.

a) *Chez les sujets normaux européens*, on peut retenir les chiffres suivants :

Formes pures (Hanhart, Suisse)..............	$0{,}95 \pm 0{,}29$ o/o
Formes pures + I (Doxiades, Berlin).........	$1{,}65 \pm 0{,}68$ »
Formes pures + I + II (Delay et Pichot)......	$2{,}68 \pm 1{,}0$ »
Total (Doxiades)..........................	6,8 o/o

Il n'existe pas de différence entre les sexes, et on trouve environ une forme bilatérale pour deux unilatérales (Delay et Pichot).

b) *Chez les sujets normaux d'autres groupes ethniques*, le pourcentage peut être très différent. Chez les Nord-Africains, on rencontre près de 8 o/o de formes pures (Hanhart).

c) *Chez les oligophrènes mongoliens*, ce symptôme se rencontre avec une fréquence toute particulière. R. Langdon Down, dès 1909, le signala comme un des stigmates morphologiques du mongolisme. Crookshank

s'attacha à son étude et, rapprochant cette conformation de celle de la paume de l'orang-outang, il édifia sa théorie pathogénique du mongolisme



Fig. 6. — Pli de flexion palmaire transverse (pli des quatre doigts).

qui en fait une régression vers un ancêtre hypothétique de la race jaune, propithécanthrope voisin de l'orang (*The mongol in our midst*, 1924). Quoiqu'il en soit, la valeur du symptôme est considérable, encore qu'il ne soit ni absolument spécifique, ni absolument constant.

Formes pures (Hanhart)	45 ± 11	o/o
Formes pures (Penrose)	45 ± 6,4	»
Formes pures + I (Doxiades)	56,3 ± 5	»

Chez les mongoliens la bilatéralité est deux fois plus fréquente que son unilatéralité.

d) *Chez les oligophrènes non mongoliens*, la fréquence est plus grande que chez les individus normaux :

Formes pures (Hanhart)	6,65 ± 1,7	o/o
Formes pures + I + II (Delay et Pichot)......	7,32 ± 1,71	»

Hanhart a en particulier signalé son association avec la maladie de Laurence-Moon-Biedl (1).

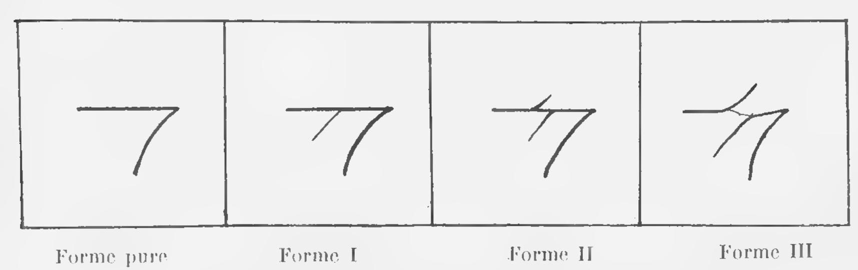


Fig. 7. — Schéma des formes pures et des formes de transition au pli transverse unique (d'après Portius).

e) *Chez les délinquants*, la fréquence du pli transverse unique avait été anciennement affirmée par Carrara, puis niée par Rittmeister. Récemment les constatations de Carrara ont été confirmées par Hanhart et par Delay et Pichot.

Formes pures (Hanhart)	5,1 o/o
Formes pures + I + II (Delay et Pichot)......	8,36 ± 1,83 o/o

f) *Chez les fœtus anencéphales*, Rittmeister a retrouvé le symptôme dans 22 o/o des cas.

Au point de vue biologique, la malformation est héréditaire et semble obéir aux lois de la dominance (Rittmeister, Hanhart, Bettmann), bien que certains cas plaideraient en faveur d'une récessivité (Portius). Sa liaison indiscutable avec certaines anomalies mentales a donné lieu à plusieurs hypothèses. Féré l'a considérée comme un stigmate de dégénérescence. Puis Langdon Down et Crookshank en ont fait un signe caractéristique du mongolisme. Hanhart a insisté sur sa liaison avec certaines manifestations diencéphaliques. Rittmeister la considère comme un élément d'un état dysplasique spécial, où elle est associée à la clinodactylie, la

(1) Dans une étude récente (1947) Delay et Pichot ont montré, par l'étude des coefficients de colligation entre ce symptôme, la clinodactylie, la camptodactylie et l'épicanthus, qu'il fallait probablement rapporter ce pourcentage anormalement élevé à des formes frustes d'oligophrénie mongolienne.

camptodactylie, et dont les formes extrêmes seraient représentées par l'oligophrénie mongolienne et l'anencéphalie. Il s'agirait d'un élément microdégénératif au sens de Bremer et Curtius.

D. — Les plis de flexion des doigts dans les maladies mentales

L'existence d'une anomalie des plis de flexion de l'auriculaire chez les *oligophrènes mongoliens* a été signalée par Penrose en 1931. Au lieu des trois plis normaux, on rencontre chez un certain nombre de ces malades seulement deux plis, un pli unique correspondant au milieu de la phalangine se substituant aux plis proximal et médian. Cette anomalie se rencontre exclusivement chez les mongoliens. Malgré son inconstance, c'est un signe de grande valeur du fait de sa spécificité et aussi parce qu'il ne se modifie pas avec l'âge contrairement à beaucoup d'autres stigmates morphologiques.

Il est indépendant de toute modification osseuse, car les mongoliens qui en sont affectés ont des articulations fonctionnelles (Penrose, Doxiades et Portius).

La fréquence de l'anomalie est relativement faible : 26,7 o/o pour Penrose, 13,8 o/o pour Doxiades et Portius. Elle serait bilatérale dans la moitié des cas.

D'après Penrose, elle serait en rapport avec le pli palmaire unique, l'association des deux symptômes chez les mongoliens étant plus fréquente que si les répartitions étaient indépendantes.

BIBLIOGRAPHIE

La bibliographie générale sur la morphologie, l'embryologie et l'hérédité des empreintes épidermiques palmaires est donnée dans :
Abel (W.). — Die Erbanlagen der Papillarmuster, *in Handbuch der Erbbiologie des Menschen hsg.* v. Bauer, Hanhart, Lange et Just, **3**, p. 407.

Bibliographie spéciale (empreintes palmaires et maladies mentales).

Abel (W.). — Ueber Störungen der Papillarmuster ; I Gestörte Papillarmuster in Verbindung mit einigen körperlichen und geistigen Anomalien. *Zeitschr. f. Morphol. u. Anthropol.*, **36**, 1937, p. 1.
D'Abundo. — Contribut. all. Stud. delle impronte digitali. *Arch. di Psichiatr. Pisa*, 1891.
Bettmann (S.). — Ueber die Vierfingerfurche. *Zeitschr. f. Anat. u. Entwickel.*, **98**, 1932, p. 487.
Bonnevie (K.). — Papillarmuster und psychische Eigenschaften. *Hereditas Lund*, **9**, 1927, p. 180.
Cevidalli (A.). — Sulle linee papillari della dita della mano. *Atti della Soc. Nat. e Mat. di Modena*, sér. IV, vol. **8**, 1906.
Cevidalli (A.). — Nuove ricerche per lo studio antropologico della mano. I. Le linee papillari della dita. *Arch. di Biol. norm. e patol.*, 1908.
Crookshank (F. G.). — Handprints of mental defectives. *Lancet*, **1**, 1921, p. 274.
Cummins (H.). — Dermatoglyphic stigmata in mongolian Idiocy. *Anat. Rec.*, **64**, suppl. n° 31, 1936, p. 11.
Delay (J.) et Pichot (P.). — Le syndrome de Crookshank. *Annales Médic. Psychol.*, décembre 1946.
Delay (J.) et Pichot (P.). — Les limites de l'oligophrénie mongolienne et le syndrome de Crookshank. Étude statistique. *Ann. Med. Psychol.*, **1**, 1947, p. 309.
Duis (B. T.). — Fingerleisten bei Schizophrenen. *Zeitschr. f. Morphol. u. Anthr.*, **36**, 1937, p. 390.
Féré (C.). — Note sur les plis de flexion de la paume de la main. *C. R. de la Soc. de Biol.*, 1900, p. 311.

Féré (C.). — Les empreintes digitales dans plusieurs groupes de psychopathes. *Journ. de l'Anat. et de la Physiol.*, **41**, 1905.
Féré (C.). — La précision des mouvements sous l'influence des excitations. *C. R. de la Soc. de Biol.*, **60**, 1906.
Ford (N.) et Frumkin (S.). — *Amer. J. dis. Child.*, **63**, 1942, p. 847.
Forgeot (R.). — Des lignes papillaires et des empreintes au double point de vue médico-légal et ethnographique. *Bull. Soc. Anthropol. de Lyon*, **11**, 1892.
Forgeot (R.). — Anatomie des lignes papillaires. *Bull. Soc. Anthropol. de Lyon*, **12**, 1893.
Friedemann (Adolf). — Handbau und Psychose. *Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh.*, **82**, 1928, p. 439.
Gercke (H.) et Poll (H.). — Untersuchungen über die Papillarmuster der Asozialen. *Kriminal. Mh.*, **12**, 1932, p. 267.
Hanhart (E.). — Ueber die Bedeutung der Vierfingerfurche (sog. Affenfurche) als Merkmal konstitutionnel nervöser Minderwertigkeit, und ihr Vorkommen in Mitteleuropäischen und Nordafrikanischen Rassengemischen. *Verh. Schweiz. Naturforsch. Ges.*, 1936, p. 365.
Kirchmair (H.). — Der Fingerabdruck im Dienste der Rassen und Konstitutions forschung. *Münschn. Med. Wschr.*, **14**, 1935, p. 529.
Kirchmair (H.). — Ueber relative und absolute Symetrie der Papillarmuster bei gesunden und kranken Populationen. *Zschr. Morph. Anthrop.*, **35**, 1935, p. 464.
Langdon Down (R.) in Shuttleworth (G. E.). — Mongolian Imbecility. *Brit. Med. J.*, **2**, 1909, p. 665.
Penrose (L. S.). — The creases on the minimal digit in mongolism. *The Lancet*, 1931, p. 585.
Poll (H.). — Daktylogramme bei Geisteskranken. *Zentralbl. f. d. ges. Neur.*, **27**, 1921, p. 415.
Poll (H.). — Daktylogramme bei Geisteskranken. *Zentralblatt f. d. ges. Neur.*, **29**, 1922, p. 319 et *ibid.*, p. 534.
Poll (H.). — Seltene Menschen. Erg. H. z. *Anat. Anz.*, **66**, 1928, p. 18.
Poll (H.) et Blumel (P.). — Fingerlinienmuster und geistige Norm. *Mediz Klin.*, **2**, 1928, p. 1368.
Poll (H.). — Daktylographische Geschlechtsunterschiede bei Schizophrenen. *Mschr. Psych. Neur.*, **91**, 1935, p. 66.
Portius (W.). — Beitrag zur Frage der Erblichkeit der Vierfingerfurche. *Zschr. f. Morph. u. Anthropol.*, **36**, 1937, p. 382.
Portius (W.). — Ueber Anomalien der Beugefurchen an den Händen von Geisteskranken. *Erbarzt*, **80**, 1937.
Rittmeister (J. F.). — Ueber die Affenfurche (Vierfingerfurche) mit besonderer Berücksichtigung der Mikrodegeneration und des Problems des Mongolismus. *Zschr. f. Anat. u. Entwickel.*, **106**, 1936, p. 276.
Touraine (A.) et Richard (P.). — La ligne des quatre doigts. *Annales derm. syph.*, 1943, p. 65.
Turpin (R.) et Caspar Fonmarty (Mme). — Intérêt diagnostic chez les triplets des dessins des plis palmaires. *Sem. Hôp. Paris*, **7**, 1944, p. 156.
Turpin (R.) et Caspar Fonmarty (Mme). — La dactyloscopie des mongoliens. *Sem. Hôp. Paris*, **13**, 1945, p. 341.
Vaschide. — *Essai sur la psychologie de la main.* Paris, 1909.
Wilson (E.). — Mental abnormality as related to hand-markings. *M. A. Thesis Columbia University of New-York*, 1931 (non publié).
Wolff (C.). — *Les principes de la Chirologie.* Encycl. Franç., **8**, La Vie mentale, 1938.
Wolff (Ch.). — Character and mentality as related to hand-markings. *Brit. J. Med. Psychol.*, **18**, 1941, p. 364.
Wolff (Ch.). — The hands of mongolian imbeciles in relation to their three personality groups. *J. Ment. Sci.*, **88**, 1942.
Wolff (Ch.). — *The human hand.* London, 1942.
Wolff (Ch.). — The hand of the mental defective. *Brit. J. Med. Psychol.*, **20**, 1944, p. 147.

Cet article était sous presse lorsque nous avons reçu un important travail de Ch. Wolff (1944). Dans cette étude l'auteur signale chez les oligophrènes, outre l'augmentation de fréquence de la ligne transverse unique :

— l'existence de plis palmaires confus et insystématisables chez 31 o/o des idiots contre 0 o/o dans le groupe de contrôle ;

— l'absence fréquente (de 18 à 46 o/o contre 1 o/o) du pli proximo-distal ;

— la brièveté et d'autres anomalies de la ligne des trois doigts.

RÉTICULO-SARCOME CUTANÉ A ÉVOLUTION MYÉLOÏDE

Par Ad. DUPONT (Namur).

Nous avons eu l'occasion d'étudier deux cas d'une variété de sarcomes cutanés sur laquelle, à notre connaissance, l'attention n'a pas été attirée jusqu'ici. Le premier a été observé chez l'une de nos malades personnelles, l'autre, qui appartient à la collection du musée d'histologie de l'Hôpital Saint-Louis, a été aimablement mis à notre disposition par notre maître le Dr Civatte.

Voici la description du premier cas :

Mme C... Catherine, une robuste paysanne flamande de 65 ans, vient nous consulter pour la première fois en novembre 1938. Dans ses antécédents personnels et familiaux on ne relève d'autre fait intéressant que l'apparition d'un cancer du sein chez l'une de ses sœurs.

Un an auparavant, elle a remarqué sur sa fesse gauche une induration non douloureuse qui s'est développée progressivement. Une nuit, une hémorragie très abondante s'est produite au niveau de la tumeur. Croyant avoir affaire à un furoncle, la malade a enfoncé une aiguille dans le nodule sans autre résultat que de provoquer une nouvelle hémorragie. Un médecin consulté à ce moment a diagnostiqué lui aussi un abcès et a pratiqué une incision qui à son tour a fait jaillir un flot de sang.

Lors de notre examen la tumeur se présente comme une masse hémisphérique formant au-dessus de la peau une saillie de la grosseur d'une demi-noix, sessile, nettement délimitée, de coloration rouge violacé, exulcérée dans sa portion supérieure. Enchâssée dans la peau, elle est parfaitement mobile sur les plans profonds.

Encore que la malade affirme n'avoir jamais présenté de nævus pigmentaire à ce niveau nous croyons être en présence d'un mélanome malin et excisons la tumeur très largement au bistouri électrique. Les suites opératoires sont simples : la vaste perte de substance se comble lentement mais sans incidents.

Les dernières nouvelles que nous ayons eues de cette personne datent de juin 1944, soit près de six ans après l'intervention ; elles nous ont été communiquées par le médecin traitant, le Dr Van den Eynde, de Eeckeren. A cette époque aucune récidive ne s'était produite et la malade jouissait d'une santé florissante.

La tumeur est une masse ovoïde du volume d'une grosse noix. Elle fait corps avec la peau mais n'a contracté aucune adhérence avec les tissus sous-jacents. Dans sa portion profonde elle est constituée par un tissu compact ; à mesure que l'on s'élève vers la surface, celui-ci se résout en îlots de taille

variable, le plus souvent centrés par un vaisseau et séparés les uns des autres par de larges bandes de nécrose.

Le tissu néoplasique est formé par des éléments tantôt agglomérés en une masse confuse, en apparence au moins indivise, tantôt nettement distincts, de forme polyédrique et unis entre eux par des prolongements d'épaisseur variable. Leur noyau est volumineux, ovoïde ou globuleux, rarement monstrueux ; sa chromatine s'émiette en une poussière dense de fines granulations au milieu desquelles on reconnaît deux ou trois nucléoles. Les mitoses sont peu nombreuses et paraissent se dérouler suivant un mode normal. Le protoplasme peu abondant est dense, grumeleux et plutôt basophile.

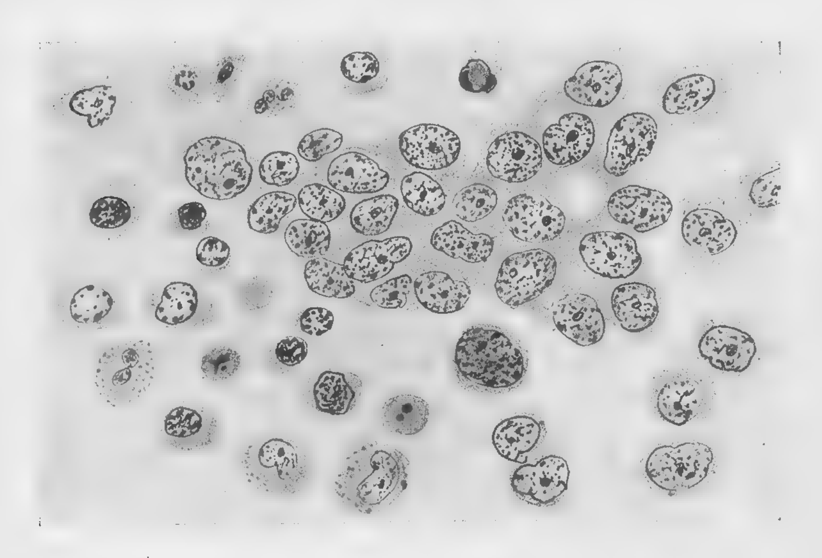


FIG. 1. — Réticulo-sarcome cutané.

Autour d'une travée tumorale, syncytiale dans sa portion centrale, réticulée à son extrémité droite, on voit des cellules libres à des stades divers de différenciation myélocytaire ou érythroblastique.

En maints endroits ce tissu syncytial ou réticulé se dissocie. Les cellules devenues libres prennent une forme globuleuse et subissent d'importantes modifications de leur morphologie (fig. 1).

L'étude attentive de ces transformations permet de reconnaître parmi ces éléments libres plusieurs lignées cellulaires nettement distinctes.

Dans une première lignée le stade initial de l'évolution est représenté par des éléments à noyau encore globuleux mais plus colorés par suite d'une densification de la chromatine toujours finement divisée et à protoplasme plus sombre et plus franchement basophile.

Aux stades suivants le noyau perd sa forme régulière, devient réniforme

ou se divise en lobes plus ou moins indépendants ; le protoplasme s'éclaircit, devient plutôt neutrophile et renferme parfois quelques granulations.

Il n'est pas douteux que les types cellulaires que nous venons de décrire ont une ressemblance manifeste avec les myéloblastes et les myélocytes.

De rares polynucléaires disséminés parmi les cellules tumorales sont sans doute la phase ultime d'une évolution qui le plus souvent n'arrive pas jusque-là.

Une deuxième lignée rappelle d'une manière plus nette encore certaines formes hématologiques.

On assiste ici à une sorte de condensation du noyau qui devient plus petit et parfaitement sphérique. La chromatine, de finement poussiéreuse qu'elle était, se ramasse en grains grossiers qui souvent s'orientent d'une façon radiaire ; les nucléoles disparaîssent complètement. Le protoplasme présente d'abord une exagération de sa basophilie, puis s'hémogénise, devient hyalin et fortement acidophile.

A l'étape suivante la masse chromatinienne du noyau s'est contractée davantage et offre l'aspect d'une tache foncée dans laquelle on ne peut plus distinguer aucune structure. L'acidophilie du protoplasme a encore augmenté ; il se colore en rose vif par le Giemsa.

A la phase terminale le noyau se ratatine puis se scinde en un certain nombre de grains ou de bâtonnets intensément colorés qui bientôt sont éjectés hors de la cellule. Ainsi se forme un élément globuleux, hyalin, anucléé, dans lequel on n'a pas de peine à reconnaître un globule rouge.

C'est cette fois une évolution érythroblastique tout à fait typique que nous venons de décrire.

Enfin en quelques endroits on remarque des plasmocytes isolés ou réunis en petits groupes que des formes de passage rattachent eux aussi aux cellules tumorales.

Le second cas est très voisin du précédent tant par son évolution clinique que par sa structure histologique.

Une femme d'âge moyen voit se développer sur sa jambe droite deux petits éléments infiltrés qui, au moment de l'examen du Dr Civatte, ont le volume d'un haricot.

Une application de rayons X fait disparaître rapidement et de façon complète les deux nodules mais une récidive se produit presque immédiatement. Les néoplasmes prennent une forme hémisphérique et l'un d'eux s'ulcère. Il existe un ganglion inguinal du volume d'une noix. Un nouveau traitement radiothérapique provoque la résorption complète de toutes les lésions et cette fois de façon durable. Un an plus tard la guérison se maintient. La malade est alors perdue de vue.

Des biopsies multiples ont été prélevées. Toutes montrent des lésions identiques.

Le tissu tumoral se développe en plein derme. Il forme des nappes compactes qui par endroits paraissent se désagréger en une sorte de purée de cellules libres.

Les cellules tumorales primitives sont en tous points semblables à leurs homologues de notre première tumeur et comme elles unies les unes aux autres d'une façon plus ou moins intime.

Ici encore la libération des éléments tumoraux s'accompagne de modifications de types divers.

L'évolution érythroblastique tient une place prépondérante.

L'évolution myéloblastique conduit à la formation de nombreux éléments éosinophiles que l'on ne rencontre pas dans la première tumeur.

L'évolution plasmocytaire est assez fréquente.

Comment faut-il interpréter ces néoplasmes ?

L'aspect des cellules tumorales, leur association en syncitium ou en réticulum, la présence d'une trame de réticuline et la rareté du collagène dans les travées néoplasiques imposent, croyons-nous, le diagnostic de réticulo-sarcome. La transformation myéloïde et érythroblastique des éléments tumoraux confirme cette opinion.

Dans nos deux cas l'origine cutanée primitive des néoplasies ne fait aucun doute.

Des examens soigneux et répétés n'ont pas permis de mettre en évidence un néoplasme profond. A supposer qu'une tumeur viscérale ou osseuse ait pu passer inaperçue au début de l'observation des malades, il paraît bien improbable qu'elle soit restée muette durant des mois, voire des années pour le premier cas.

Les réticulo-sarcomes primitifs de la peau sont d'ailleurs bien connus et nous-même nous avons attiré l'attention à diverses reprises — et notamment à la Société française de Dermatologie — sur une forme très particulière de ces néoplasmes, l'histiocytome xanthélasmisé malin à cellules géantes.

Un caractère quelque peu déroutant des tumeurs qui nous occupent est leur évolution myéloïde assez imprévue au niveau du revêtement cutané. On ne doit cependant point perdre de vue que les éléments réticulo-endothéliaux, où qu'ils soient, gardent toutes leurs potentialités évolutives et sont capables de les extérioriser à un moment donné. Rappelons d'ailleurs que Oberling et Nanta ont décrit des formations myélo-lipomateuses au niveau du revêtement cutané.

Il faut donc admettre que les néoplasmes qui font l'objet de la présente étude constituent bien une variété nouvelle des réticulo-sarcomes cutanés.

Un rapprochement s'impose entre ces tumeurs de la peau et certains réticulo-sarcomes d'un tissu tout différent, les sarcomes d'Ewing ou réticulo-sarcomes de la moelle osseuse. Ces néoplasmes osseux ont été bien étudiés en France par Oberling qui a mis en évidence leurs potentialités évolutives fort variées et en particulier le pouvoir qu'ils ont de donner naissance à des éléments myéloïdes. On trouvera dans le travail que cet auteur a publié avec Raileanu dans le numéro de mai 1932 du *Bulletin de*

la Société française pour l'étude du cancer, des images qui sont en tous points identiques à celles que nous venons de décrire (fig. 2).

Ainsi donc, de même que nous avons rencontré au niveau des aponévroses et des gaines tendineuses, puis dans d'autres organes les histiocytomes xanthélasmisés malins à cellules géantes observés d'abord dans la peau, voici que nous retrouvons dans cette dernière le type de tumeur réticulaire individualisé par Ewing dans la moelle osseuse.

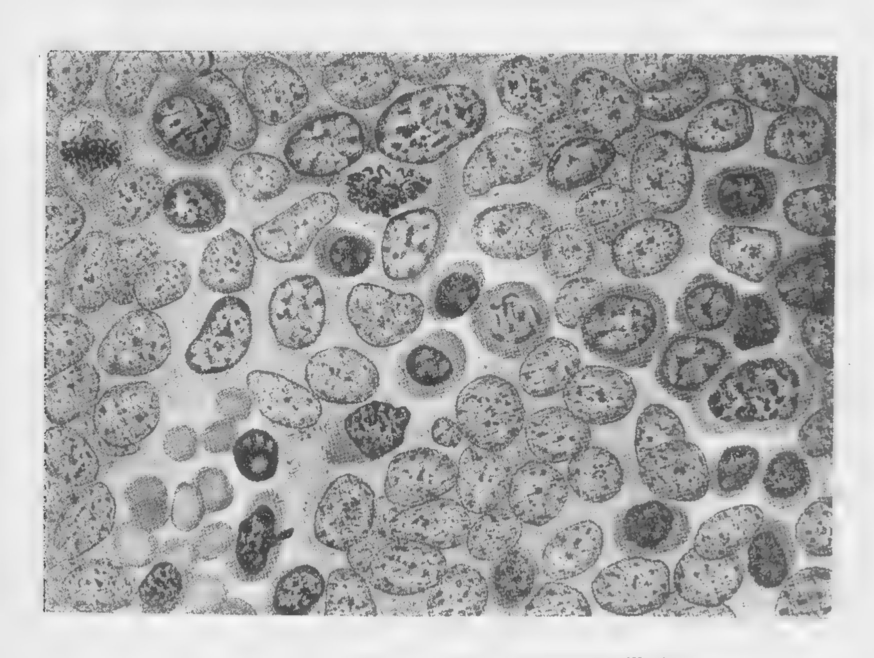


Fig. 2. — Réticulo-sarcome osseux (sarcome d'Ewing).

Éléments érythroblastiques disséminés dans le tissu tumoral.

Cette planche, que nous reproduisons pour permettre la comparaison de la tumeur cutanée et des tumeurs osseuses, est extraite du mémoire de Oberling et Raileanu, *Bull. Ass. fr.*, pour l'étude du cancer, t. **21**, mai 1932.

LA CLASSIFICATION SUD-AMÉRICAINE DE LA LÈPRE

Par M. Dario ARGÜELLES CASALS (La Havane)

Ancien externe des hôpitaux de Paris

Parmi les diverses classifications qui ont été proposées pour l'étude de la lèpre, depuis l'antiquité jusqu'à nos jours, la plus logique et celle qui convient le plus à la réaction des faits est, il nous semble, la classification adoptée il y a quelques années par les auteurs sud-américains.

Dans ce travail nous voulons considérer brièvement et d'une façon tout à fait schématique cette classification qui a été du reste acceptée dans les institutions officielles de notre pays.

Il existe, d'après cette classification, trois formes cliniques de lèpre :

— Forme lépromateuse.

— Forme tuberculoïde.

— Forme inflammatoire simple (« incaracteristica »).

Les deux premières formes constituent les formes polaires de la lèpre. Ses caractères sont opposés. La dernière est une forme intermédiaire qui correspond aux faits qui ne peuvent pas être englobés dans les deux formes précédentes. Elle est transitoire et peut évoluer vers la forme lépromateuse ou vers la forme tuberculoïde. Dans certains cas, cependant, elle peut rester sans modification, sans évoluer, pendant très longtemps.

Entre la lèpre lépromateuse et la lèpre tuberculoïde il existe des différences essentielles. Ces différences apparaissent d'une façon évidente lorsqu'on étudie la maladie au point de vue clinique et à celui des investigations de laboratoire.

Le tableau suivant nous donne une idée assez précise de ce que nous venons de dire :

Forme lépromateuse	Forme tuberculoïde
Signes cliniques caractéristiques.	Signes cliniques caractéristiques.
Bacilles abondants.	Bacilles rares.
Réaction de Mitsuda négative.	Réaction de Mitsuda positive.
Cellule écumeuse de Virchow.	Structure tuberculoïde.
Pronostic grave.	Pronostic moins grave.
Mesures prophylactiques au maximum.	Mesures prophylactiques au minimum.

A. — *Forme lépromateuse.*

Cette forme doit être étudiée au point de vue clinique, bactériologique, immunologique, histo-pathologique, pronostique et prophylactique.

1° Lésions cliniques. — Elles peuvent être cutanées, nerveuses et viscérales.

Les *lésions cutanées* présentent trois caractères communs : elles sont peu ou pas du tout inflammatoires ; elles sont d'une coloration bronzée, terreuse, couleur de feuille morte ; ses bords sont diffus, mal limités.

Il existe trois catégories de lésions cutanées : macules, tubercules (lépromes) et infiltrats diffus.

a) *Macules.* — Elles sont érythémateuses et de forme variable ; elles peuvent se pigmenter ou laisser une tache achromique résiduelle.

b) *Tubercules.* — Ce sont des lésions hémisphériques ou globuleuses qui font saillie sur la peau ou forment des nodules profonds appréciables au toucher. A leur niveau il existe une dissociation de la sensibilité.

c) *Infiltrats diffus.* — C'est la variété diffuse du tubercule ; elle peut donner naissance à un état éléphantiasique.

Les *lésions nerveuses* sont constituées par la névrite lépreuse : les nerfs apparaissent augmentés de volume ou déformés d'une façon diffuse ou moniliforme. En général les nerfs sont peu touchés dans cette forme lépromateuse.

Les lésions viscérales surviennent dans les cas avancés et graves de la maladie. Le tableau clinique dépend de la destruction anatomique et du degré d'insuffisance fonctionnelle consécutive.

2° Signes bactériologiques. — La recherche du bacille de Hansen dans les lésions est toujours positive. Il existe des bacilles en abondance, isolés ou groupés en « globi ».

3° Signes immunologiques. — La réaction de Mitsuda est négative. Il s'agit toujours d'une forme anergique.

4° Signes anatomo-pathologiques. — Il existe des cellules de Virchow, avec des vacuoles chargées de bacilles. Il y a, en outre, des cellules épithélioïdes, des histiocytes, des plasmocytes et des lymphocytes localisés autour des vaisseaux, des nerfs, des follicules et des glandes.

5° Pronostic. — Le pronostic est défavorable. C'est la forme la plus grave. Le malade se défend mal contre l'invasion microbienne.

6° Prophylaxie. — C'est une forme ouverte, bacillifère. Le malade émet des bacilles en abondance. Il doit être isolé.

B. — *Forme tuberculoïde.*

Cette forme doit être étudiée, comme la forme lépromateuse, au point de vue clinique, bactériologique, immunologique, histo-pathologique, pronostique et prophylactique.

1° Lésions cliniques. — Elles peuvent être cutanées et nerveuses.

Les *lésions cutanées* présentent trois caractères communs : elles sont peu nombreuses en général ; elles sont de coloration rouge, érythémateuse ; ses bords sont bien limités.

Il existe plusieurs catégories de lésions cutanées :

a) *Disques érythémateux*, arrondis ou ovales.

b) *Anneaux érythémateux*, avec partie centrale de peau saine ; ils peuvent faire saillie sur la peau.

c) *Disques*, *anneaux* et *placards*, constitués par des *éléments papuloïdes* caractéristiques.

d) *Lésions sarcoïdes, observées* surtout dans la réaction lépreuse tuberculoïde.

Les *lésions nerveuses* sont constituées par la névrite lépreuse : les nerfs apparaissent augmentés de volume ou déformés d'une façon diffuse ou moniliforme. On peut observer l'*infection ascendante* : des filets nerveux se détachent d'une lésion cutanée et se dirigent vers les nerfs périphériques. Rarement on pourra observer un abcès du cubital, qui peut ulcérer la peau. L'anesthésie et les troubles trophiques sont en général très marqués dans la lèpre tuberculoïde.

2° Signes bactériologiques. — La recherche du bacille de Hansen, en dehors de la réaction lépreuse, est en général négative ou montre seulement de rares bacilles. Dans la réaction lépreuse elle est positive.

3° Signes immunologiques. — La réaction de Mitsuda est toujours positive. Il s'agit d'une forme allergique.

4° Signes anatomo-pathologiques. — Il existe une structure tuberculoïde, constituée par des cellules épithélioïdes, cellules géantes et lymphocytes. Parfois l'infiltrat présente un aspect sarcoïde, avec des limites précises.

5° Pronostic. — Le pronostic est favorable. Le malade se défend bien contre l'infection.

6° Prophylaxie. — C'est le plus souvent une forme clinique fermée, non bacillifère. En général l'isolement des malades n'est pas indispensable ; mais, s'il y a des bacilles, ils doivent être isolés.

C. — *Forme inflammatoire simple.*

Cette forme doit être étudiée, comme les deux formes précédentes, au point de vue clinique, bactériologique, immunologique, anatomo-pathologique, pronostique et prophylactique.

1° Lésions cliniques. — Elles peuvent être cutanées et nerveuses.

Les *lésions cutanées* sont constituées par des *macules*, qui peuvent être de trois types : *érythémateuses*, *achromiques* et *pigmentaires*.

a) *Macules érythémateuses*. — Elles sont les plus fréquentes. Leur coloration n'est pas très intense. Leurs bords sont assez bien limités.

b) *Macules achromiques*. — Elles sont de coloration blanche, couleur de lait ou de cendre. Leurs bords peuvent être un peu pigmentés.

c) *Macules pigmentées.* — Elles sont les moins fréquentes. Leur coloration est brune ou couleur de chocolat.

Dans ces trois variétés de lésions il existe des troubles de la sensibilité : anesthésie à la douleur et à la chaleur, avec conservation de la sensibilité au tact.

Les *lésions nerveuses* sont constituées par la névrite lépreuse. Dans cette forme clinique les troubles trophiques ne sont pas très marqués.

2° Signes bactériologiques. — La recherche du bacille de Hansen est fréquemment négative ; dans certains cas cependant elle peut être positive. Les lésions sont pauvres en bacilles.

3° Signes immunologiques. — La réaction de Mitsuda est positive dans certains cas et négative dans d'autres.

4° Signes anatomo-pathologiques. — La structure histo-pathologique ne présente rien de caractéristique. On observe des signes d'inflammation banale constitués par un infiltrat de lymphocytes localisé autour des vaisseaux, des nerfs, des follicules pilo-sébacés et des glandes.

5° Pronostic. — Le pronostic est variable et difficile à établir. Lorsque la réaction de Mitsuda est positive les lésions peuvent évoluer vers la guérison, directement ou en passant auparavant avant par la forme tuberculoïde.

6° Prophylaxie. — Les mesures prophylactiques varient selon le résultat positif ou négatif des investigations bactériologiques. Dans la forme bacillifère le malade doit être isolé.

D. — *Formes mixtes.*

Dans certains cas de lèpre il existe, pendant un certain temps, des lésions de la forme inflammatoire simple associées à des lésions lépromateuses ou tuberculoïdes. Plus tard, la maladie adoptera dans chaque cas particulier sa forme clinique définitive. S'il existe des tubercules lépreux, il s'agira toujours de lèpre lépromateuse, même si l'on observe des manifestations érythémateuses ou dyschromiques. De la même façon, l'existence de lésions de type tuberculoïde permet d'affirmer qu'il s'agit d'un cas de lèpre tuberculoïde, même s'il existe des manifestations de la forme inflammatoire simple. L'évolution de la forme lépromateuse vers la forme tuberculoïde ou de la forme tuberculoïde vers la forme lépromateuse s'observe rarement.

*
* *

Cette classification sud-américaine de la lèpre est basée surtout, comme on peut s'en rendre compte, sur les signes immunologiques de la maladie. Le diagnostic de la forme clinique peut se faire, en général, facilement par les seules données de la clinique. Dans certains cas, cependant, il est indispensable de recourir au laboratoire : il faudra alors rechercher le bacille, pratiquer une réaction de Mitsuda et, s'il y a lieu, une biopsie.



Fig. 76. — Érythrodermie ichtyosiforme congénitale (Gaté, Lyon).



FIG. 77. — Syphilides tertiaires du cuir chevelu. Gommes du thorax. Syphilome gommeux en nappes de la joue. Homme de 81 ans (DELBOS, Toulon).

FIG. 78. — Maladie de Darier. Forme léontiasique et vermoulante (Y. BUREAU, Nantes). *Soc. fr. de Dermatologie*, 10 juillet 1947.

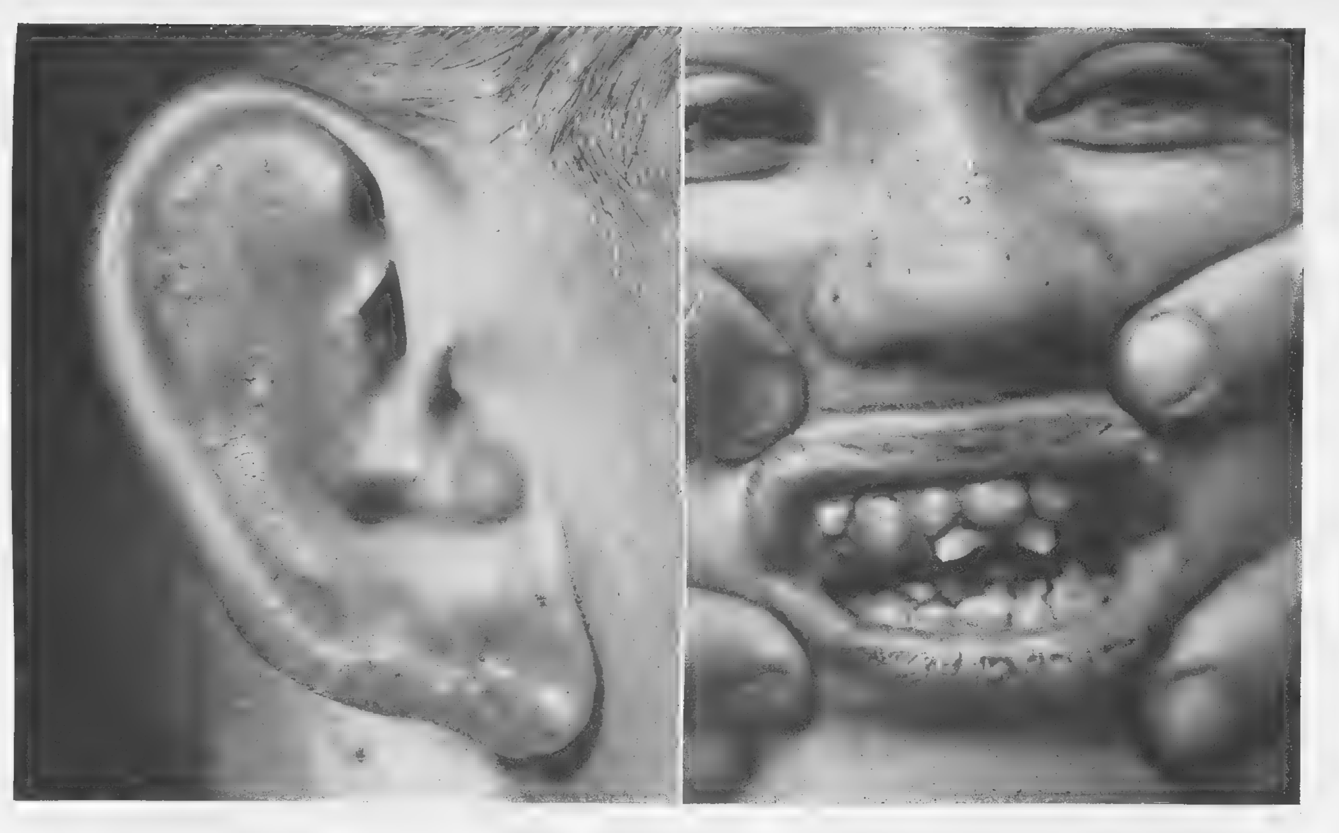


Fig. 79. — Lupus pernio de l'oreille (Grzybowsky, Varsovie).

Fig. 80. — Hyperplasie des gencives dans l'épiloïa, ou sclérose tubéreuse. Quelques adénomes sur le nez. Fillette de 13 ans, arriération mentale (Touraine). *Soc. fr. de Dermatologie*, 9 mai 1946, p. 461.

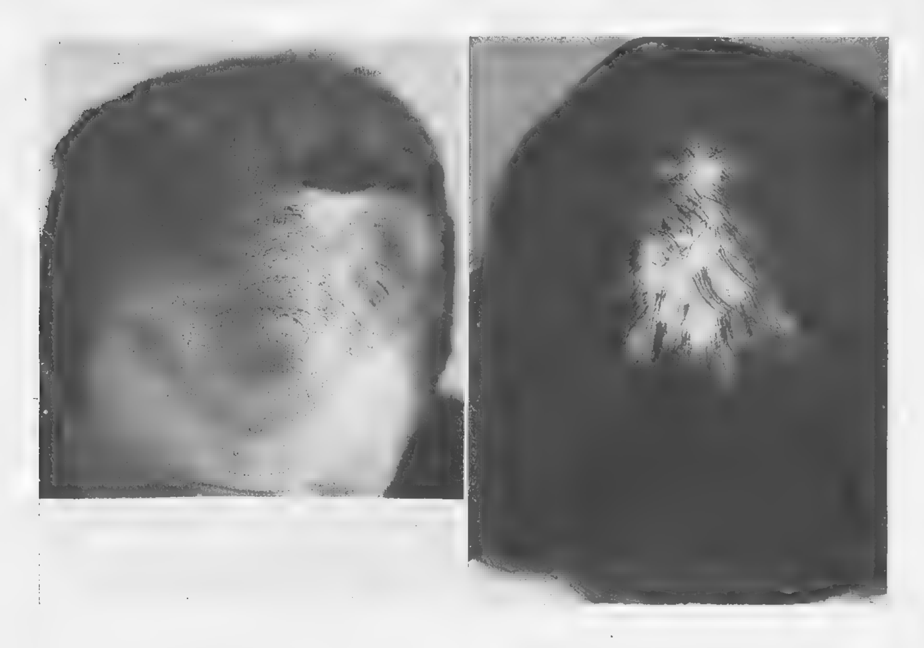


FIG. 81. — Trichotillomanie (O. G. COSTA, Belo Horizonte, Brésil).

FIG. 82. — Pseudo-pelade de Brocq. Femme de 45 ans (DEGOS).



FIG. 83. — Eczéma des jarretelles. Femme de 24 ans (FLANDIN).

LES ICTÈRES DES SYPHILITIQUES TRAITÉS PAR LES ARSÉNOBENZÈNES

Par M[lle] le D[r] ÉLISABETH GYÖRGY,
Médecin assistant
Clinique dermatologique de l'Université de Budapest.

Le foie est souvent atteint dans l'infection syphilitique. Au XV[e] siècle, lorsque la syphilis commença de se répandre, on pensa (Frerichs) que la localisation primaire de la diathèse se trouvait dans le foie et que les accidents cutanés étaient secondaires.

Il n'est pas démontré que, comme le disait Bernhard, le foie est toujours atteint dans la syphilis. Toutefois, d'après Hausmann, il est aussi souvent touché par la syphilis acquise que par l'héréditaire. Mais, dans cette dernière, la fréquence des autopsies nous donne une base solide, alors que, dans la syphilis récente, la base anatomique reste incertaine. Brooks, qui a étudié au microscope deux cas récents, affirme l'analogie des lésions acquises et des lésions héréditaires. En clinique manquent généralement tout symptôme et les épreuves fonctionnelles sont, en règle, négatives. On n'en peut déduire évidemment une intégrité parfaite de la glande.

En somme, la syphilis secondaire du foie ne se manifeste que par l'ictère. Paracelse et Matthiole l'avaient déjà signalé. Hibier Sanchez fut le premier à lier entre elles la jaunisse et la syphilis.

Trois sortes d'ictères peuvent être distingués aux stades précoces de la syphilis :

1° L'*ictère syphilitique*, soit primaire (à la période séro-négative) qui est exceptionnel, soit secondaire, contemporain de la roséole, de la papulose, les accompagnant ou leur succédant.

2° L'*ictère arsénobenzénique*, qui apparaît au cours du traitement et même deux à trois mois après. Il ressemble à l'ictère syphilitique précoce ; exceptionnellement il prend le type d'atrophie jaune aiguë du foie. Les sous-produits de l'arsénobenzol peuvent en être la cause ; le manque de nourriture, les maladies chroniques de l'estomac et des voies biliaires, la consommation exagérée d'alcool, la grossesse, les maladies infectieuses, comme la dysenterie et la malaria, peuvent favoriser la jaunisse.

3° Les *ictères surajoutés à la syphilis* (ictère catarrhal, ictère infectieux, etc.).

C'est à cette catégorie que nous paraissent dues la plupart des jaunisses récemment observées dans notre dispensaire.

Il est connu que, vers la fin de la première guerre mondiale et tout de suite après, les cas de jaunisse se sont accrus chez les syphilitiques traités par l'arsénobenzol. Nous avons constaté le même phénomène après la seconde guerre mondiale dans notre dispensaire antivénérien où, depuis le 15 août 1945 jusqu'au 31 décembre 1946, sur 1.831 nouveaux malades (782 hommes et 1.109 femmes), 123 ont été atteints de jaunisse au cours du traitement (77 hommes et 46 femmes). Par rapport aux syphilitiques récents traités par l'arsénobenzol (371 hommes, 331 femmes, au total 702 syphilitiques primaires et secondaires), le pourcentage est 20,7 pour les hommes, 13,8 pour les femmes.

Or, chez les sujets non traités par l'arsénobenzol, Engel-Reimers a trouvé 1,4 o/o de jaunisses syphilitiques précoces, Fuhs et Weltman 1,53 o/o. La statistique de Zimmern de 1917-1922 montre un pourcentage de 26,3 o/o de cas de jaunisse (parmi ceux-ci 6 mortels) contre 3,9 o/o avant guerre. Bauer parle aussi d'une augmentation de 0,56 o/o à 4,5 o/o. Chez Gérard, le pourcentage des cas de jaunisses atteint 4,75 o/o. Albrecht, sur 800 cadavres autopsiés, donne 0,37 o/o d'ictères hépatiques ; mais la proportion chez les syphilitiques monte à 8,5 o/o. Gürich, sur 806 cadavres syphilitiques, a trouvé l'ictère hépatique dans la proportion de 15,7 o/o chez les femmes, 3,7 o/o chez les hommes.

Dans notre dispensaire la statistique des cas de jaunisse a été la suivante :

	1945 4e trimestre			1946 1er trimestre			1946 2e trimestre			1946 3e trimestre			1946 4e trimestre			
	X	XI	XII	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	
Hommes	—	1	5	1	3	2	2	6	8	8	8	4	18	7	4	77
Femmes.	1	1	1	1	3	3	6	4	6	4	3	3	4	5	1	46
																123

Devant cet excès d'ictères, nous avons interrogé les chefs des dispensaires analogues au nôtre, usant des mêmes médicaments et des mêmes méthodes de traitement, mais siégeant en d'autres villes. Tous ont affirmé n'avoir observé que peu de jaunisses.

Ces faits seraient inexplicables si l'on n'admettait pas que la plupart de nos ictères n'étaient ni syphilitiques, ni arsénobenzéniques.

Déjà, en 1920, MM. Paul Chevallier et Paillard avaient affirmé que beaucoup d'ictères post-arsénobenzoliques étaient des ictères infectieux non syphilitiques favorisés par le traitement. Ils citaient en particulier le cas d'un malade, syphilitique secondaire, dont les deux beaux-frères, parfaitement sains, étaient, en même temps que lui, atteints d'ictère catarrhal.

Récemment un certain nombre d'auteurs étrangers ont invoqué eux aussi une infection surajoutée et suggéré que le virus pouvait se propager d'homme à homme par les seringues. Steiner avait déjà signalé en 1944 des jaunisses dues à des transfusions de sang ou de plasma. Beeson, Morgan et Williamson décrivent des cas après des injections de sérum de convalescent et au cours de l'immunisation anti-amarile avec des sérums humains. Au stade pré-ictérique la maladie pouvait être transmise par les injections de sérum humain. Ces faits ont été étudiés par Mac Callum en 1944, dans certains cas où la maladie semble transmise par les seringues infectées. A cette catégorie appartiennent les observations de Robert R. Hugues, de Liverpool, effectuées dans les hôpitaux militaires des Indes où, sur 124 malades souffrant de jaunisse, 36 ont reçu des piqûres de pénicilline pendant les deux mois précédents. Ces injections de pénicilline ont toujours été faites avec des aiguilles neuves, mais avec la même seringue. Il a été démontré que, par l'aspiration il arrive toujours du sang en quantité minime dans la seringue et que l'on pouvait ainsi transmettre l'infection. Les injections intramusculaires sont aussi dangereuses que les intraveineuses.

Marshall, de Londres, écrit qu'en Grande-Bretagne, dans les environs de Londres, on a constaté une épidémie de jaunisse en 1942-1943 chez 50 o/o des malades traités par l'arsénobenzène alors qu'en Écosse le pourcentage n'était que de 10 o/o. Par contre, en 1939-1940, moins de 5 o/o des syphilitiques traités ont été atteints d'ictère. L'ictère s'est manifesté à peu près cent jours après la première piqûre. *Avec la stérilisation très soignée des seringues, Marshall a réussi à baisser de 50 à 10 0/0 le nombre des infections.* Salaman et Seehan (1944) ont fait des observations semblables.

Citons encore l'étude de Manson Bahr et Charters, qui ont constaté en Afrique, dans deux ambulances vénéréologiques tout à fait indépendantes l'une de l'autre, 627 cas de thrombo-phlébite épidémique. L'épidémie a atteint son summum dans les mois d'avril-juin 1944. La courbe épidémique de cette maladie et celle de l'hépatite infectieuse constatée dans ces endroits sur les malades traités avec l'arsénobenzène correspondaient d'une façon éclatante.

Se basant sur les constatations parasitiques négatives, la lymphocytose relative, la fièvre initiale et l'endémie, ils tiennent aussi bien la thrombophlébite que l'hépatite épidémique pour des maladies à virus. Ils ajoutent que l'hypothèse la plus probable est que la transmission de l'ictère post-arsénobenzolique se fait par les seringues. Dans son livre, Mac Lachlan arrive aux mêmes conclusions.

Lorsque les cas de jaunisse se sont multipliés dans notre dispensaire, nous avons considéré diverses hypothèses.

A cette époque beaucoup de soldats se présentaient qui revenaient de captivité. Ils n'avaient pu commencer de se soigner que tard et leur traitement avait été insuffisant ou irrégulier. Beaucoup, ayant été mal nourris, avaient une résistance diminuée. Mais, après que la situation alimen-

taire se fût incontestablement améliorée, les ictères devinrent plus nombreux. Il faut donc exclure le facteur carentiel.

Le médicament lui-même a-t-il joué un rôle ? D'abord nous nous servions de néosalvarsan ; depuis nous avons employé le trépopal danois ainsi que du mapharsen américain. Or nous n'avons pas constaté de différences.

L'hypothèse la plus probable étant une hépatite infectieuse surajoutée, nous avons comparé la courbe épidémiologique des jaunisses de notre dispensaire à celles des hépatites observées à Budapest aux mêmes époques. Nous nous sommes heurtés à bien des difficultés, puisque les ictères ne sont pas de déclaration obligatoire et que beaucoup sont trop bénins pour être hospitalisés. Cependant, grâce au professeur Rusznyak, directeur de la Clinique médicale, et aux professeurs Schill et Biedermann, de l'hôpital juif, nous avons pu nous assurer que, dans ces hôpitaux comme dans notre dispensaire, le maximum de cas d'ictères fut observé en octobre 1946.

L'extension de l'épidémie est difficile à suivre, puisque des infectés latents (sans ictère) peuvent propager la maladie. Lisney a montré en 1944 qu'un sujet est contaminant une semaine avant le début de la jaunisse. La même année Mac Callum et Bauer ont transmis l'hépatite par des injections de sérum prélevé au septième jour de la maladie confirmée. L'incubation peut être de un à trois mois, et même parfois plus.

Un syphilitique en traitement arsénobenzolique est atteint d'ictère : faut-il continuer les arsénobenzènes ? Certains auteurs le recommandent et montrent des malades guéris par cette méthode. Mais on a signalé aussi de graves complications, comme l'atrophie jaune aiguë du foie et la cirrhose. Si rares que soient ces faits, ils ne sauraient être négligés.

En présence d'un syphilitique ictérique, on ne sait jamais exactement si l'hépatite est syphilitique, médicamenteuse ou due à une infection surajoutée.

Notre pratique est la suivante : dès que l'ictère apparaît, et même dès que la réaction de l'urobilinogène est positive dans l'urine, nous cessons le médicament. Nous n'avons jamais observé de complications. Toujours l'affection a été bénigne. Après cinq jours environ de fièvre avec gêne de l'estomac, nausées, apparaît une jaunisse, avec bilirubinémie, neutropénie et monocytose sanguine, urobilinurie ; guérison complète en deux à six semaines.

En conclusion, une recrudescence d'ictères au cours du traitement arsénobenzolique nous porte à croire que la plupart des cas sont dus à une infection surajoutée, car elle coïncide avec une endémie d'ictères bénins, tels que les ont décrits Marshall, Salamon, Sheeman, Hugues, etc...

(Travail du dispensaire antivénérien de la ville de Budapest. Médecin-chef : Dr Joseph GUSZMAN).

BIBLIOGRAPHIE

1. P. B. Beeson. — *J. of the Amer. Med. Ass.*, 1943, **121**, p. 1332.
2. A. Bittorf. — Klinik der Lebersyphilis. *Hbd. der Haut u. Geschlechtskrankheiten*, XVI/2.
3. J. D. S. Cameron. — *Quart. J. Med. n. s.*, 1943, **12**, p. 139.
4. Paul Chevallier et Paillard. — Les ictères post-arsénobenzoliques. *J. Méd. Franc.*, février 1920, pp. 72-85.
5. J. S. Cookson. — Epidemic infective hepatitis in Gloucestershire. *Brit. Med. J.*, 20 mai 1944 ; Jaundice following blood transfusion. *Brit. Med. J.*, 22 janvier 1944.
6. Ch. Crawford. — Meningococcal jaundice. *Brit. Med. J.*, 4 mars 1944.
7. H. Droller. — *British Medical Journal*, 1945, **1**, p. 623.
8. Eppinger. — *Wiener Klin. Wochenschr.*, 1908.
9. Epstein. — *Handbuch* Bd III.
9 *bis*. Fuhs et Weltman. — Über Icterus bei Lues. *Arch. f. Derm.*, 1922, **140**.
10. Gerard. — The recognition of latent jaundice during treatment with arsenobenzol compounds. *Brit. Medical Journal.*, 1924, n° 3319, pp. 223-226.
11. Goldstein. — *Wiener Med. Wochenschr.*, 1904, n° 48.
12. Gotthold Herxheimer. — Pathologische Anatomie der Syphilis der Leber. *Hbd. der Haut u. Geschlechtskrankheiten*, XVI/2.
13. Hoffmann et Ehrlich — *Deutsche Med. Wochenschr.*, 1906 ; *Berlin Klin. Wochenschr.*, 1905 ; *Derm. Zeitsber.*, 1920.
14. Robert R. Hugues. — Post-penicillin jaundice. *British Medical Journal*, 9 novembre 1946, p. 685.
15. Lernhards et Gurich. — Aneurisma und Gummibildung in der Leber bei secunderer Lues. *Virchows. Arch.*, 1926, **262**, 916.
16. A. A. Lisney. — *Proc. roy. Soc. Med.*, 1944, **37**, p. 165.
17. F. O. Mac Callum. — *Ibid.*, 1944, **37**, p. 449.
18. Mac Callum and Bauer. — Cité par F. O. McCallum. *Ibid.*, 1944, **37**, 449.
19. Mac Lachlan. — *Handbook of diagnosis and treatment of venereal diseases*, 81.
20. Manson-Bahr and Charters. — Epidemic thrombophlebitis in the East Africa Command. *The Lancet*, 7 septembre 1946.
21. Marshall (London). — *Annales de Dermatologie et de Syphil.*, 1945, pp. 7-8.
22. Michael. — *Arch. f. Derm.*, 1914, **120**.
23. Milian. — *Bulletin Soc. de Dermatologie*, 1921, n° 8 ; 1928, **35**, 837 ; 1924, **31**, n° 3, pp. 124-126.
24. Milian. — *Arch. f. Derm.*, 1926, **122**, p. 746.
25. H. V. Morgan and D. A. J. Williamson. — *British Medical Journal*, 1943, **1**, p. 750.
26. D. H. Murray. — *J. R. A. M. C.*, 1930, **5**, p. 19.
27. M. H. Salamon et coll. — *Lancet*, 1944, **2**, p. 7.
28. H. L. Sheeman. — *Ibid.*, 1944, **2** p. 8.
29. R. E. Steiner. — Jaundice after transfusion of human plasma. *British Medical Journal*, 1944, **1**, p. 110.
30. Werner. — *Münch. Mediz. Wochenschrift*, 1897, n° 27.

ANALYSES

11m. — *Angiomes.*

L. Van der Meiren. — **Angiomatose récidivante des extrémités d'evolution bénigne.** *Archives belges de Dermatologie et de Syphiligraphie*, t. **3**, fasc. II, février 1947, pp. 193-194.

L'A. présente une forme bénigne d'angiomatose de Kaposi sans déformation, ni œdème, ni pachydermie des téguments. La biopsie révèle un nodule *sphérique*, constitué à sa périphérie par des néoformations vasculaires gorgées de globules rouges, en son centre par des éléments cellulaires fusiformes fasciculés ménageant entre eux des fentes très ténues renfermant des globules rouges.

Le caractère sphérique de ce nodule est, pour Dupont, caractéristique de la maladie de Kaposi. Louis Vissian.

11t. — *Polydysplasies congénitales.*

Carmine Cannata (Gênes). — **Contribution à l'étude de la mésodermose dysélastique a type de système. Syndrome ternaire avec pseudo-xanthome élastique** (Contributo allo studio della mesodermosi diselastica a typo sistemico) (sindrome ternaria con pseudo xantoma elastica). *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*. vol. **84**, fasc. III, juin 1943, pp. 341 à 371, 7 figures. Bibliographie.

L'A. rappelle que le pseudo-xanthome élastique, depuis la première description de Balzer en 1884 a vu son intérêt s'accroître sans cesse. A l'origine c'était une simple curiosité dermatologique. Depuis, il est devenu une maladie générale, une maladie de système par l'association aux lésions cutanées de lésions oculaires, cette association ayant été groupée sous le nom de « syndrome de Groenblad-Strandberg ». Par la suite on a découvert, en outre, l'association de lésions vasculaires et il semble bien qu'il s'agisse d'un processus qui atteint, ou peut atteindre tout le tissu élastique et même tout le tissu de soutien de l'organisme, c'est-à-dire aussi le tissu collagène. Aussi a-t-il paru nécessaire d'appliquer à cette dermatose une dénomination plus compréhensive. Touraine dont les importants travaux sur cette question sont bien connus a proposé de l'appeler : élastorrhexie systématisée, Grassi : élastodystrophie héréditaire. L'A. propose : mésodermose dysélastique, à type de système; ce terme lui paraissant mieux définir la genèse de l'affection, ses principales altérations histologiques et son caractère extensif et diffus.

Carmine a eu l'occasion d'observer un cas de pseudo-xanthome élastique dont il fait l'étude au point de vue clinique, histologique et biologique. Tous les caractères de ce cas étaient bien ceux qui sont devenus aujourd'hui classiques, avec les altérations de la peau, les stries oculaires angioïdes et les lésions vasculaires qui

portaient surtout sur l'aorte et l'artère coronaire gauche, l'ensemble constituant ainsi un syndrome ternaire.

Il discute le problème étiopathogénique qui jusqu'ici n'a pu être résolu et il énumère les différents facteurs étiologiques qui ont été incriminés : tuberculose, syphilis, hérédité, consanguinité, dystrophie congénitale embryonnaire, facteurs endocrines sympathiques, déficit vitaminique, etc...

BELGODÈRE.

Adolphe DUPONT. — **Pachydermie avec pachypériostose des extrémités**. *Archives belges de dermatologie et de syphiligraphie*, t. **3**, fasc. 1, novembre 1946, pp. 57-62.

Malade de 45 ans, avec un épaississement de la peau du visage, de l'exophtalmie et du prognathisme; des proliférations osseuses portant sur les faces latérales et surtout les parties centrales des os des extrémités : avant-bras, métacarpes, phalanges, jambes, métatarses, orteils.

Cette pachydermie avec pachypériostose des extrémités, bien étudiée par Touraine, Solente et Golé, semble remonte à la jeunesse. A ces lésions s'ajoutent un éléphantiasis des membres inférieurs qui remonte à 1936 seulement et une hypothyroïdie très importante qui pourrait être contemporaine de l'éléphantiasis mais dont les signes cliniques indiscutables se sont manifestés en 1941.

La médication thyroïdienne, sans effet sur les lésions anciennes, amène par contre une régression considérable immédiate de l'éléphantiasis et de l'insuffisance thyroïdienne.

Aussi l'A. ne voit dans la coexistence de ces deux ordres de faits chez ce même individu, qu'un effet du hasard.

LOUIS VISSIAN.

M. SCHACHTER (Marseille). — **Hypertélorisme (Greig) avec acrocranie chez un idiot Retard dans le développement somatique et sexuel. [Syndrome d'Ehlers-Danlos fruste]**, *Archives françaises de Pédiatrie*, t. **3**, n° 3, 1946, pp. 239-242, 1 figure. Courte bibliographie.

Garçon de 12 ans, dont la mère présente un hypertélorisme avec arriération mentale. Signes visibles dès la naissance. Retard de la stature (1 m. 09), du poids (18 kilogrammes), de la dentition (11 mois), de la marche (4 ans) ; ne parle pas. Laxité cutanée et hyperlaxité articulaire. Crâne volumineux en cimier de casque ; voûte très ogivale, langue scrotale, cryptorchidie ; légère hypertrichose. Fort écartement des yeux (45 millimètres entre les deux caroncules).

A. TOURAINE.

P. MOZZICONACCI. — **Un cas de pterygium colli.** *Société de Pédiatrie de Paris*, 15 janvier 1946, *Archives françaises de Pédiatrie*, t. **3**, n° 2, 1946, pp. 183-186. Bibliographie.

Fille de 3 mois, non syphilitique. Depuis la naissance, important œdème cyanotique du dos des mains et des pieds, koïlonychie. Repli cutané bilatéral de la région latéro-cervicale au creux sus-claviculaire ; deux angiomes sur l'avant-bras droit et à gauche du rachis.

Le pterygium colli, décrit par Kobylinski en 1883 est rare. Mme Bertrand-Fontaine et Fèvre en réunissent 18 cas (*Presse médicale*, 10 avril 1943) et Rossi 32 (*Helvet. Paediatr. Acta*, **3**, 1945, p. 134). Dans une seule famille de 46 membres, en 3 générations, Goldflam en trouve 26 cas. Ses principaux signes sont le *pterygium colli* ou d'autres régions (aisselles, coude, jarret), des *œdèmes* lymphangiectasiques des extrémités, durs, prenant le godet, pâles ou violacés, de résorption très lente. On y adjoint un retard de la taille et de l'intelligence, un aspect spécial de la face (hypertélorisme, épicanthus, oreilles volumineuses, décollées), des impressions digitiformes du crâne, des épiphyses en champignon, une hypotonie musculaire, de la syndactylie, une implantation basse des cheveux, une cutis laxa, des ongles striés et incurvés, une hypoplasie mammaire ou génitale, parfois des anomalies du cœur ou des nerfs craniens. Cet

ensemble constitue le syndrome de Bonnevie-Ullrich (Rossi). Pour Christine Bonnevie, il s'agirait d'une infiltration du tissu sous-cutané par le liquide céphalo-rachidien.

Le pterygium colli est héréditaire en récessivité (par lui-même ou par les éléments du syndrome). A. TOURAINE.

A. TANISSA (Lisbonne). — **Anidrose avec hypotrichose et anodontie (forme anhidrotique de dysplasie ectodermique héréditaire)** (Anidrose com hipotricose e anodontia). *Imprensa Medica*, année **10**, n° 3, 10 février 1944, pp. 42-50, 5 figures, longue bibliographie, et *Comunicacœs portiguesas ao I Congresso internacional hispano-português de Dermatologia*, Lisbonne, 1946, pp. 165-178, 9 figures. Bibliographie.

A l'occasion d'un cas personnel chez un jeune homme de 17 ans (hypotrichose, pseudo-milium, arcades sourcilières et lèvres proéminentes, hyperkératose palmo-plantaire, 6 dents, rhinite atrophique, épaississement des cordes vocales, anidrose et troubles consécutifs; petite selle turcique) et de deux autres moins complets chez des jeunes filles de 19 ans (2 incisives, virilisme, hypertrichose, anidrose) et de 20 ans (6 dents, virilisme) l'A. fait une étude générale de cette dysplasie et de ses conditions héréditaires de transmission. Il attire l'attention sur la possibilité d'hyposurrénalisme et de lésions hypophyso-hypothalamiques, ces altérations pouvant être dues à une syphilis congénitale. A. TOURAINE.

A. TANISSA (Lisbonne). — **Formes incomplètes de dysplasie ectodermique héréditaire (anidrose hypotrichosique avec anodontie)** (As formas incompletas da displasia ectodermica hereditaria). *Trab. da Sociedade Portuguesa de Dermatologia e Venereologia*, année **4**, n° 3, septembre 1946, pp. 216-228, 3 figures.

Exposé d'une observation personnelle, chez une fillette de 8 ans avec hypotrichose, nez en selle, sans rhinite atrophique, arcades sourcilières saillantes, forte réduction du nombre des dents, absence de sécrétion sudorale dans les aisselles, ongles hippocratiques, doigts en baguette de tambour.

L'A. propose d'admettre, à côté des formes complètes ou légères, un troisième groupe de formes, celles-ci incomplètes et caractérisées par l'absence d'un ou plusieurs éléments du syndrome. A. TOURAINE.

H. KUSKE (Berne). — **Anidrose hypotrichosique avec hypodontie** (Anhidrosis hypotrichotica mit Hypodontie). *Dermatologica*, t. **92**, n° 5-6, 1946, pp. 303-304.

♂, 36 ans ; une tante maternelle a été atteinte d'ozène ; une fille aurait une dentition tardive et incomplète (voir l'analyse suivante). Hypotrichose depuis l'enfance ; 4 incisives à la mâchoire supérieure, 2 canines et 1 prémolaire à la mâchoire inférieure ; anidrose pénible en été ; lèvres épaisses, nez ensellé avec ozène ; plaque atrophique et télangiectasique près des yeux. Ongles normaux ; psychisme non étudié.

H. KUSKE. — **Conductrice dans une lignée d'anidrose hypotrichosique avec hypodontie** (Konduktorin aus einer Sippe mit Anhidrosis, Hypodontie et Hypotrichosis. *Dermatologica* t. 92, n° 5-6, 1946, p 304.

Fille du malade précédent, âgée de 3 ans. A 14 mois, pas de dents sorties ; germes des dents de lait visibles à la radiographie ; à 30 mois, dents de lait incomplètes, absence des incisives supérieures ; incisives inférieures petites et coniques ; cheveux fins et un peu raréfiés. [Enquête familiale très incomplète, *An.*].

A. TOURAINE.

DUFRÈCHE. — **Un cas d'anodontie avec anidrose et hypotrichose.** *Société d'Odontologie et de Stomatologie de Bordeaux*, 14 mai 1946

Enfant né d'un inceste (père et fille) avec 6 dents temporaires, coniques, sans autres germes dentaires ; cils et sourcils absents, cheveux rares sur le vertex, nez en selle, lèvres épaisses, lobule de l'oreille atrophié et éversé ; aucune sudation, d'où poussées thermiques à 41° fréquentes en été ; forte arriération mentale.

L'A. signale qu'on ne connaît que 36 cas de cette dysplasie ectodermique [leur nombre dépasse la centaine. *An.*]. A. TOURAINE.

12. — *Dermatologie comparée.*

J. Guilhon. — **Une nouvelle affection cutanée du rat.** *Bulletin de l'Académie vétérinaire de France*, t. **19**, n° 8, octobre 1946, pp. 285-296, 5 figures, 2 tableaux. Pas de bibliographie.

La gale classique du surmulot ou *Mus decumanus* et de sa variété albinos (rat blanc des laboratoires) est classiquement due, non à un sarcopte, mais à un notoèdre sans écailles (*Notoedres alepis*). Contagieuse, elle est caractérisée par des lésions hyperkératosiques localisées sur les régions glabres ou faiblement pileuses (bout du nez, pourtour des oreilles, extrémités des membres, queue). Décrite par Legros (1864), puis Megnin (1880), l'identification de son parasite a été faite par Railliet et Lucet (1893).

En 1941, Guilhon a étudié une épidémie, à l'École d'Alfort, sur des rats blancs, d'une affection prurigineuse, contagieuse, rapidement mortelle, constituée par de nombreuses croûtelles brunâtres et des dépilations irrégulières étendues, disséminées sur tout le corps sauf les oreilles et le chanfrein. Une minutieuse étude de son parasite a montré qu'il s'agissait d'un sarcopte de nouvelle espèce, *Sarcoptes anacanthos*, de 270 × 200 μ pour la femelle, de 170 × 130 pour le mâle, nettement différent du sarcopte de la gale humaine (quelques stries antérieures sur l'épistome, pas d'épimère dorsal, plastron de largeur égale à la longueur, une quarantaine d'écailles au lieu de 100, pas de cônes, ni épines, 11 paires de soies dorsales au lieu de 6, soies des membres courtes, etc.). La femelle ovigère creuse des galeries dans l'épiderme du rat mais paraît incapable de se développer sur l'homme, le chien, le chat, la souris, le lapin; l'infestation ne détermine chez ces derniers que de légères lésions vésiculeuses qui guérissent spontanément en 8 à 25 jours. La coexistence de ce sarcopte avec le notoèdre habituel est possible.

[Ce travail est plus amplement développé dans la thèse de Michel Vieux].

A. Touraine.

T. Hare. — **Infection par streptocoque hémolytique chez le chien.** (Hæmolytic streptococcal infection in dogs). *The British Journal of Dermatology and Syphilis*, t. **58**, n° 11-12, novembre-décembre 1946, pp. 286-291.

Au cours d'une étude détaillée de cette maladie infectieuse du chien, Hare signale les manifestations dermatologiques suivantes :

Dès le début, en 21-48 heures, érythème généralisé ou localisé à l'abdomen, aux aisselles, aux cuisses, parfois maculeux ou purpurique. Dans les formes fébriles aiguës, apparition de vésicules plates sur la peau et les muqueuses, quelquefois coalescentes, alopéciantes, dont les espaces interdigitaux peuvent être un lieu d'élection. Ces vésicules deviennent souvent pustuleuses puis croûteuses. Une poussée de séborrhée est fréquente. La peau est fragile, épaissie, sèche et répond facilement aux traumatismes par des infections secondaires.

A. Touraine.

J. Bailly. — **Forme prurigineuse de la rage du chien.** *Maroc Médical*, année **25**, n° 263, décembre 1946, pp. 190-192, 1 figure.

Chez une chienne danoise de 2 ans et demi, sans cause de contamination plausible, se développe en 24 heures un prurit démentiel de la moitié postérieure du corps, bientôt avec paraplégie et mort la nuit suivante. Le diagnostic de maladie d'Aujeszky, indiqué par la clinique, n'a pas été confirmé par les inoculations d'émulsion de corne d'Ammon à la souris et au rat ; il s'agissait d'un cas de rage.

Le prurit n'est pas rare dans la rage des rues; mais il reste généralement précoce

et passager; il disparaît quand apparaissent la fureur et les paralysies. Le cas précédent doit faire admettre l'existence d'une forme prurigineuse de la rage.

A. Touraine.

Ch. Mc Leod et Th. Turner (Baltimore). — **Etudes sur les rapports entre les agents de la syphilis, du pian et de la spirochétose vénérienne du lapin. I. Observations sur le « tréponema cuniculi » du lapin** (Studies on the biologic relationship between the causative agents of syphilis, yaws and venereal spirochetosis of rabbits. Observations on *Treponema cuniculi* of rabbets). *American Journal of Syphilis, Gonorrhea and Venereal Diseases*, t. **30**, n° 5, septembre 1946, pp. 442-462, très courte bibliographie.

Après une courte revue de la littérature [sans mention des travaux français. *An.*], les A. rappellent les manifestations cliniques de l'inoculation expérimentale, l'immunité ainsi obtenue, l'histologie des lésions et l'évolution des réactions sérologiques. [La transmission congénitale, les dysplasies qui lui ont été rapportées ne sont pas signalées. *An.*]. A. Touraine.

E. Glanzmann (Berne). — **Maladies de carence chez l'animal et chez l'homme dans les montagnes.** *Bulletin de l'Académie suisse des sciences médicales*, vol. **1**, fasc. 6, 15 avril 1946, pp. 381-412, 7 figures. Pas de bibliographie.

Le point de départ de cet important travail est la « Lecksucht » ou maladie de Searl ou pica, qui sévit dans certains pâturages élevés de Suisse. Outre son symptome fondamental, le tic de lèchement, outre l'anorexie, des arthropathies, des troubles digestifs, l'insuffisance ovarienne, l'anémie, on note des manifestations cutanées : téguments secs et amincis, poils hérissés, décolorés, sabots jaunâtres parsemés de taches rouges ou brun-foncé, parfois ulcérations, escarres.

Tgetgel invoque une carence en vitamine D, Krupski et Schlitter la pauvreté du pâturage en phosphore. L'ensemble des troubles paraît se rapprocher de l'ostéoporose alimentaire que l'on peut observer aussi chez l'homme.

Étude comparée du rachitisme, de diverses avitaminoses, de leur prophylaxie et de leur traitement. A. Touraine.

J. Montpellier et H. Garré (Alger). — **Schwannome cutané chez le chien.** *L'Algérie médicale*, 1946, n° 1, pp. 5-8.

Réalisant habituellement le syndrome de la neurodermatofibromatose, le schwannome cutané solitaire n'est pas rare, surtout chez le chien (Montpellier, 1927, S. de la région inguinale; Martin, Ball, Dechaume et Collet, 1939, S. avec corpuscules de Pacini).

Ici, chienne de 14 ans, « griffon de Ténériffe », tumeur du dos depuis 2 ans, 2 exérèses, récidive locale et métastase vaginale. Histologie : cellules fusiformes sans ordre ou en palissades sinueuses, orientées en formations parallèles et concentriques autour des vaisseaux ; pas de corpuscules ni de Pacini ni de Meissner.

A. Touraine.

H. Drieux. — **Les états précancéreux chez les animaux.** *Revue de Pathologie comparée*, t. **44**, n° 545-546, janvier-février 1944, pp. 16-19.

Après un rappel du rôle des traumatismes, des irritations et inflammations chroniques, l'A. fait la critique de l'action des parasites : sarcome à *Cysticercus fasciolaris* du foie chez le rat, tumeurs digestives à *Spiroptera neoplastica* chez le rat, hépatome à *Fasciola hepatica*, cancer cutané par *Demodex* chez le chien (Borrel, Cadiot), etc. Les cancers sur ulcères, fistules, brûlures paraissent très rares chez l'animal. On connaît la cancérisation de dysembryoplasies (formations branchiales, vestiges de thymus, mamelles aberrantes); mais ces faits sont rares. Les verrues séniles, l'acanthosis nigricans, quoique d'observation assez fréquente, ne montrent pas de tendance à la cancérisation. Parmi les maladies infectieuses can-

vérigènes, la syphilis n'est pas à invoquer chez l'animal; par contre, quelques cas de coexistence de tuberculose et de cancer ont été signalés, mais la grande fréquence de la tuberculose ne donne à ces faits que la valeur de coïncidences.

A. Touraine.

G. Lesbouyries. — **Néoplasies vénériennes du chien et de la chienne.** *Recueil de Médecine vétérinaire*, t. **122**, n° 1, janvier 1946, pp. 5-19.

Ces tumeurs se transmettent par le coït, affectant, chez la chienne, le vestibule, le vagin et les ovaires, respectant l'utérus et les trompes. Elles sont transmissibles par implantation de cellules néoplasiques.

Il s'agirait, pour Jackson, de sympathogoniomes et, pour la plupart des auteurs, de lymphosarcomes. Un ultra-virus isolé ne paraît pas en cause.

A. Touraine.

13c. — *Dermatologie selon les races.*

Dario Arguelles Casals (Habana). — **Deux dermatoses très fréquentes à Cuba chez la race noire** (Dos Dermatosis muy frecuentes en Cuba en la raza negra). *Informaciones medicas*, vol. **5**, n° 3, juin 1941, pp. 1-4. Bibliographie française.

Pour l'A., l'alopécie liminaire frontale traumatique décrite par Sabouraud en 1929 et l'alopécie marginale traumatique étudiée par Ribeiro en 1936 constituent deux formes cliniques d'une même affection : *l'alopécie liminaire traumatique de Sabouraud-Baliña.* Une troisième forme pourrait être décrite sous le nom d'occipito-marginale. Chez la race noire et métisse de Cuba, la plaque est triangulaire et symétrique, d'aspect variable parfois; les follicules dilatés, sont ouverts mais non enflammés. Le traumatisme est dû à l'emploi, par les femmes, d'épingles ou de peignes qui exercent une traction constante et continue.

La dermatose papuleuse noire de Castellani, peu connue, est souvent confondue avec les verrues planes ou juvéniles. Fréquente chez les noirs de la Jamaïque et de l'Amérique Centrale (Castellani), l'affection se traduit par de nombreuses papules de 1 à 5 millimètres de diamètre, de teinte brune, disséminées sur les régions malaires. Cupuliforme ou plane, la papule est lisse au début et ne tarde pas à devenir verruqueuse. Elle apparaît entre 14 et 18 ans. Les papules ne tardent pas à augmenter de volume, sans tendance à la disparition spontanée; elles ne s'accompagnent pas de prurit ou de douleur.

Histologiquement la lésion montre un épithélium peu épais, avec une mince couche cornée, mais kératinisation superficielle par places très nette. Le corps papillaire apparaît chéloïdien et offre, par places un aspect papillomateux, sans prolifération des couches épithéliales. Légère augmentation de la mélanine dans les couches profondes de l'épiderme et absence complète de chromatophores.

Étiologie inconnue. Le traitement par l'électro-coagulation ou l'application d'une solution forte de formol donne lieu à des cicatrices résiduelles beaucoup plus inesthétiques que la lésion même.

R. Mollinedo.

14a. — *Organes génitaux* (Structure).

Francesco Loreti et Gianni Bertolotti (Pavie). — **Recherches sur la structure et sur l'évolution de la lamelle du gland chez l'homme** (Ricerche sulla struttura e sulla evoluzione della lamella glandare nell'uomo). *Gornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, vol. **85**, août 1944. fasc. II, pp. 197 à 212, 5 figures. Bibliographie.

Chez l'homme, la structure et l'évolution de la lamelle du gland, située chez le

mâle entre le gland et le prépuce chez la femme, d'une part entre le gland et les freins du clitoris, d'autre part les segments médians et latéraux du prépuce lui assignent la signification d'une lame épithéliale épidermique. La désagrégation d'une grande partie de ses couches constitutives débute dans les deux sexes dans les derniers mois de la vie intrautérine et se continue plus ou moins longtemps pendant les premiers mois après la naissance. C'est ainsi que se dessine la fissure préputiale qui, en définitive est limitée par l'épithélium stratifié qui recouvre soit la superficie du gland, soit celle du prépuce, épithélium qui peut être interprété comme une partie résiduelle de la lame du gland.

Au point de vue histologique, les A. insistent surtout sur le rôle des « perles épithéliales » groupements cellulaires qui ont été décrits dans la structure de cette lamelle du gland. Ces perles ne représentent pas seulement des zones de point de départ de la kératinisation de l'épithélium de la lame du gland, mais elles exercent en outre une fonction morphogénétique évidente, soit vis-à-vis du prépuce et par suite de la future fissure préputiale, soit vis-à-vis du sillon coronaire et des sillons latéraux du frein du gland. Il résulte, en outre, de ces recherches que des résidus de la lamelle du gland persistent chez le mâle après la naissance jusqu'à la deuxième année et chez la femme jusqu'à la cinquième. L'évolution de la lamelle du gland présente, en effet, une plus grande rapidité dans le sexe masculin. Les A. estiment que ce fait est en corrélation avec l'énergie de développement différente que manifestent dans les deux sexes les formations anatomiques (gland et prépuce) entre lesquelles elle est située.

L'apparition de la fissure préputiale est la conséquence d'une désagrégation graduelle et progressive des cellules épithéliales de la lame du gland après que celles-ci ont subi la kératinisation. BELGODÈRE.

14f. — *Organes génitaux* (Pathologie).

MELCZER. — **L'étiologie de l'induration plastique du penis** (Zur Ætiologie des Induratis penis plastica). *Act. Dermat. Vener.*, vol. **25**, fasc. II, septembre 1944, pp. 121-133. Bibliographie importante

Bon historique. Rappel du travail de Mag (1937), qui rattache l'affection à la « lymphogranulomatose » (maladie de Nicolas-Favre) et en veut pour preuve la réaction de Frei, presque toujours positive. Depuis, de nombreux auteurs ont publié leurs recherches à ce sujet; et la réaction de Frei a été trouvée assez souvent négative.

Mag lui-même admet (1939) qu'on est là en présence d'un syndrome où la maladie de Nicolas-Favre n'entre en jeu que pour un certain nombre de cas. Melczer pense que la lumière est loin d'être faite, et que les réactions de Frei positives ne peuvent suffire à faire la preuve : il peut y avoir là une simple coïncidence. Il a, pour sa part, observé 9 cas de cette affection en 6 ans; et n'a dans aucun d'eux trouvé la réaction positive. Il a fait des biopsies et inoculé du produit de broyage dans le cerveau de souris blanches sans que rien lui ait permis de conclure à la nature lymphogranulomateuse du matériel injecté. Il s'est servi de ces mêmes extraits comme antigènes, pour rechercher la réaction de Frei chez des malades atteints de maladie de Nicolas-Favre, et n'a pas obtenu de résultats. La lymphogranulomatose semble donc hors de cause dans ces 9 cas. Melczer n'a pas été plus heureux dans les tentatives qu'il a faites pour vérifier les rapports signalés par Mag et quelques auteurs entre l'induration du corps caverneux et une uréthrite

lymphogranulomateuse : deux de ses malades qui avaient présenté cette uréthrite, ont été revus 5 ans après. Ni l'un, ni l'autre ne présentait l'induration du corps caverneux. A. CIVATTE.

J. CONEJO MIR. — **Induratio penis plastica y enfermedad de Dupuytren con Frei négativé.** (Induration plastique du pénis et maladie de Dupuytren avec réaction de Frei négative). *Actas dermo-sifiliograficas*, année **32**, juin 1941, n° 9, p. 834, 3 schémas.

Un malade, atteint d'une ébauche de maladie de Dupuytren et d'induration scléreuse du pénis, présente une réaction de Frei négative avec 3 antigènes de provenance différente. La sécrétion urétrale ne donne pas d'intradermo-réaction positive chez un malade atteint de lymphogranulomatose inguinale subaiguë. Ce fait s'ajoute à ceux qui confirment l'existence dans l'induration plastique du pénis de facteurs étiologiques autres que la maladie de Nicolas-Favre. J. MARGAROT.

20ac. — *Pyrétothérapie de la syphilis.*

H. KNIGHT et W. SCHACHAT. — **Pyrétothérapie dans le traitement des affections syphilitiques de l'œil** (Hyperpyrexia in treatment of ocular conditions due to syphilis). *Archives of Ophthalmology*, t. **35**, mars 1946, pp. 271-279.

Résultats de la méthode d'hyperpyrexie de Kettering.

Atrophie du nerf optique (19 cas) : 4 améliorations, 7 arrêts de la progression, 6 échecs, 1 amélioration d'un côté avec échec de l'autre, 1 cécité avant traitement.

Choroïdite et chorio-rétinite (6 cas) : 4 améliorations rapides, 2 arrêts de l'évolution.

Iritis (6 cas) : 6 beaux résultats.

Nombreuses observations rapportées. A. TOURAINE.

20ae. — *Mycothérapie de la syphilis.*

J. ARCHAMBAULT. — **La pénicilline dans le traitement de la syphilis.** *L'Union médicale du Canada*, **75**, n° 12, décembre 1946, pp. 1654-1660.

Revue d'ensemble commentant les diverses statistiques publiées aux États-Unis et en particulier la statistique de Mahoney et ses collaborateurs (U. S. Marine Hospital et Hôpital Bellevue à New-York).

Les conclusions actuelles sont les suivantes : le traitement par la pénicilline est utile dans les syphilis récentes qui ne peuvent recevoir le traitement classique arséno-bismuthique pour des raisons sociales, pour des contre-indications à l'arsenic (âge, intolérance) ou au bismuth. Il est à employer chez la femme enceinte, surtout si elle n'est pas traitée avant le septième mois (car elle semble agir aussi bien au huitième et neuvième mois), chez le nourrisson (jusqu'au 24e mois) et dans certaines formes de syphilis nerveuse (méningite, tabès évolutif, atrophie optique, action surtout sur la formule du liquide céphalo-rachidien mais résultats médiocres ou nuls sur les signes cliniques).

La formule du traitement de la syphilis récente comprend :

Pénicilline : 2.400.000 U. en 60 injections : 7 jours 1/2;

Tous les 2 jours : mapharsen (0,06 ou 0,04 suivant le poids);

Le premier, quatrième et septième jour : 1 à 2 centimètres cubes de bismuth insoluble;

Les 10 semaines suivantes : mapharsen deux fois pas semaine et bismuth une fois par semaine.

Puis mise en observation : examen sérologique tous les mois pendant six mois. Si la sérologie résiste, traiter de nouveau. Si elle est négative, faire un examen sérologique tous les trois mois, puis tous les six mois jusqu'à la fin de la cinquième année.

Examiner le liquide céphalo-rachidien après le traitement, vers la fin de la troisième année et de la cinquième année. L. Golé.

J. B. Bouvier. — **La pénicilline dans le traitement de la syphilis.** *Paris Médical*, année **36**, n° 50, 14 décembre 1946, pp. 554-559. Bibliographie.

La première communication de Mahoney relative au traitement de la syphilis récente par la pénicilline date de décembre 1943 ; c'est dire que le recul manque encore pour porter sur ce traitement un jugement définitif.

Toutefois des milliers de cas de syphilis ont été traités par cette méthode, avec d'excellents résultats concernant aussi bien les troubles humoraux que les lésions locales et il est permis d'avoir dès maintenant une opinion sur la meilleure façon d'employer la pénicillinothérapie aux différentes périodes de la syphilis. L'auteur fait un exposé détaillé de la question en envisageant successivement le problème dans la syphilis récente, dans la syphilis tardive et dans la syphilis congénitale.

I. C'est dans la *syphilis récente* que la pénicillinothérapie trouve son indication de choix. Les constatations des auteurs anglo-américains et l'expérience des auteurs français permettent de considérer que le traitement d'attaque actuel de la syphilis primo-secondaire par la pénicilline peut être dirigé selon les règles suivantes :

— injections intramusculaires toutes les trois heures de 40.000 à 50.000 U. O. de pénicilline-sodium, pour atteindre en 7 jours et demi (soit 60 injections) 2.400.000 à 3.000.000 U. O. (40.000 à 50.000 U. O. par kilogramme de poids) ;

— association de bismuth intramusculaire, les premier, quatrième et huitième jours de la cure de pénicilline, cette série de bismuth étant continuée jusqu'à un total de douze injections bihebdomadaires. Elle sera suivie, dans l'année, de 4 cures semblables de bismuth seul [ou de cures supérieures] séparées par des intervalles de repos de trois semaines.

L'association d'arsenic à la pénicilline donne aussi d'excellents résultats, mais beaucoup d'auteurs, en raison des accidents possibles de l'arsénothérapie, préfèrent lui substituer le bismuth. En fait, la pénicilline donne des résultats aussi rapides que l'arsenic sans en comporter les inconvénients ou les dangers.

Dans l'impuissance où nous sommes d'affirmer la guérison à la suite de ce traitement d'attaque, il est prudent de poursuivre une thérapeutique de consolidation pendant 2 ou 3 ans par des cures de bismuth alternées ou non avec le mercure, les réactions sérologiques étant contrôlées à des intervalles fréquents.

Les accidents observés au cours de la pénicillinothérapie se réduisent à des manifestations bénignes : urticaire aux lieux d'injection ou à distance, eczéma, œdèmes, dermatites diverses, plus rarement crises d'asthme. Les réactions à type d'Herxheimer (fièvre, exacerbation passagère des lésions cutanéo-muqueuses, etc.) sont relativement fréquentes, mais d'ordinaire discrètes.

II. Dans la *syphilis tardive* les cas traités ont été moins nombreux et les statistiques se rapportent à quelques centaines d'observations seulement. Une impression également favorable se dégage de leur ensemble.

La *syphilis gommeuse, cutanée et osseuse* réagit efficacement à la pénicilline. Avec une dose de 300.000 U. la disparition des lésions se produit dans un délai de 12 à 46 jours environ (Stokes).

Les *localisations hépatiques et rénales* semblent bénéficier d'autant plus de la pénicilline que son innocuité à l'égard du foie et des reins est la règle. Une néphrite syphilitique aiguë, non influencée par les arsenicaux, a été guérie en quinze jours par 2.400.000 U. (Barr et Cole).

C'est la *neurosyphilis* qui a fait l'objet des travaux les plus importants en matière de traitement pénicillinique; il s'est agi selon les cas de syphilis méningo-vasculaire, de paralysie générale, de tabès, de névrite optique. Dans 10 cas de *méningite syphilitique aiguë*, Nelson et Duncan ont obtenu de bons résultats avec une dose totale allant de 2.000.000 à 3.000.000 U. réparties en huit à quinze jours. La *paralysie générale* a été fréquemment améliorée; avec une dose totale de 3.000.000 U., Rose a obtenu 24 cas d'amélioration sur 36 traités; Stokes 23 cas d'amélioration dont 1 de guérison complète, sur 30. Les améliorations paraissent surtout le fait des formes précoces, elles sont plus rares dans les formes anciennes. Le *tabès* est moins sensible à la thérapeutique; parfois cependant les douleurs fulgurantes ont disparu. Les arthropathies tabétiques ne semblent pas influencées. Certains cas de *névrite optique* ont été améliorés.

L'association pénicilline-pyrétothérapie a donné, dans certains cas de neurosyphilis, des résultats intéressants. Au cours de la thérapeutique par la pénicilline de la neuro-syphilis, peuvent se produire des réactions d'Herxheimer graves, telles que myélite transverse, épilepsie bravais-jacksonienne, exacerbation des douleurs fulgurantes ou des troubles psychiques, qui commandent la prudence dans la conduite du traitement.

Les *lésions cardio-vasculaires* ont été l'objet de peu de travaux; la prudence y est de règle, en raison des réactions d'Herxheimer graves qui peuvent en être la conséquence.

III. Le traitement de la *syphilis congénitale* donne des résultats supérieurs à ceux des autres méthodes. Les doses de pénicilline peuvent être portées ici à 100.000 et même 400.000 U. par kilogramme de poids, réparties en soixante injections intramusculaires administrées dans un délai de 7 jours et demi. Elles sont par conséquent notablement supérieures à celles de l'adulte. Cependant d'excellents résultats ont été obtenus par Lentz et par Platon avec des doses ne dépassant pas 32.000 à 40.000 U. par kilogramme de poids. Les lésions cutanées et muqueuses disparaissent rapidement par ce traitement. L'examen ultra-microscopique devient négatif en 24 heures. Le liquide céphalo-rachidien redevient normal dans un délai de huit jours à six mois. Le foie, la rate et les ganglions reprennent en trois mois leur volume normal.

La prévention de la syphilis congénitale dispose d'une arme très efficace dans la pénicilline. Une statistique américaine a montré que sur 149 femmes en traitement une seule a donné naissance à un enfant atteint de syphilis; encore faut-il observer que le traitement avait été commencé dans ce cas deux semaines seulement avant la naissance. Les doses utilisées ont été de 2.400.000 U. en sept jours et demi. Il est bon d'adjoindre à la pénicilline le bismuth ou l'arsenic [ce dernier avec la prudence qui convient chez les femmes en état de gestation]. Dans le but d'éviter la possibilité d'avortement par choc placentaire, il est prudent de réduire les doses de pénicilline dans les 48 premières heures du traitement. Sous réserve de ces recommandations les incidents sont nuls ou réduits au minimum; les résultats semblent d'autre part nettement supérieurs à ceux des autres médications tant en ce qui concerne la mère que le nourrisson.

Quelle que soit la période de la syphilis à laquelle on a affaire, la valeur thérapeutique de la pénicilline dépend de la composition chimique du produit. Les travaux expérimentaux et cliniques de Eagle, Fleming, Chesney, Mahoney et

Arnold attribuent à cet égard à la pénicilline K une activité *in vivo* dix fois moindre que celle de la pénicilline G et une inefficacité presque complète dans la syphilis du lapin. Le facteur K est en effet plus rapidement détruit dans l'organisme et plus rapidement éliminé dans les urines, ce qui entraîne une concentration sanguine rapidement insuffisante. La proportion plus grande de ce facteur K au détriment du facteur G dans la pénicilline fournie par certains laboratoires explique vraisemblablement les échecs constatés par les Américains depuis mai 1944. Il est possible que la plus grande pureté du produit qui accompagne sa plus grande richesse en unités par milligramme (celle-ci est passée de 200 U. par milligramme à 900 et 1.000 U.), joue également un rôle dans la diminution de son action et que les impuretés contenues dans la pénicilline d'il y a deux ans aient été douées de propriétés tréponémicides (Dunham et Rake). En vue de compenser ces inconvénients, le Comité des recherches médicales et le Service de Santé des États-Unis ont suggéré d'augmenter le rythme des injections intramusculaires qui ne devraient pas d'après eux être espacées de plus de 2 ou 3 heures, et d'augmenter la dose totale du produit jusqu'à 3.600.000 U. pour une syphilis primaire à sérologie négative, 5.400.000 U. pour une syphilis primaire à sérologie positive et pour une syphilis secondaire récente.

Il est à noter que dans le cas d'un sujet traité par la pénicilline pour blennorragie et en incubation de syphilis, les manifestations cliniques et sérologiques de cette dernière affection sont retardées de quelques semaines à plusieurs mois, ce qui implique la nécessité d'une surveillance longtemps prolongée.

En résumé et bien que la pénicillinothérapie de la syphilis n'en soit encore qu'à ses débuts, il est permis de fonder sur elle de grands espoirs et de la considérer comme l'une des meilleures méthodes dont nous disposions dans le traitement de cette affection. Il appartiendra à l'avenir de juger définitivement ses résultats et de perfectionner son mode d'administration encore peu pratique. Dans l'état actuel des choses, il est prudent, sinon indispensable, de lui adjoindre les autres médicaments antisyphilitiques dont la valeur est reconnue par l'expérience : l'arsenic, le mercure et surtout le bismuth, dont l'association à la pénicillinothérapie paraît être suivie des plus heureux effets. LUCIEN PÉRIN.

C. LEVADITI et A. VAISMAN. — **Activité thérapeutique de la pénicilline administrée per os**. *Comptes rendus des Séances de la Société de Biologie*, **139**, décembre 1945, n° 23-24. **Séance du 22 décembre 1945, pp. 1080-1081.**

La pénicilline administrée *per os* n'est pas entièrement détruite par le suc gastrique; elle est absorbée en partie, s'élimine par les urines et sa concentration sanguine apparaît assez satisfaisante, d'où son action curative possible dans certains processus infectieux.

Les auteurs ont expérimenté la pénicilline buccale dans l'infection staphylococcique de la souris et dans la syphilis expérimentale du lapin.

Dans l'infection staphylococcique de la souris (infection intra-péritonéale par 0 cm³ 3 d'une culture de staphylocoques âgée de 24 heures), l'ingestion de pénicilline aux doses de 500, 200 et 100 U. O. chez des souris de 20 grammes a déterminé une survie de 100 o/o à la première de ces doses, de 80 o/o à la seconde et de 86 o/o à la troisième, alors que les sujets témoins mouraient tous en 24 heures.

Dans la syphilis expérimentale du lapin, l'ingestion du même produit à la dose de 40.000 U. O. par kilogramme administrée en 10 prises, à raison de 3 par jour, a provoqué la disparition des tréponèmes dans un délai de 4 à 6 jours et la cicatrisation du chancre à partir du 6ᵉ jour. Des récidives se sont toutefois produites du 20ᵉ au 60ᵉ jour. L'injection directe de pénicilline dans le duodénum, après laparotomie a déterminé la disparition des tréponèmes dans un délai de 24 à

48 heures, et la cicatrisation du chancre dans un délai de 5 à 9 jours, sans qu'il ait été constaté de récidive.

On peut donc admettre que la pénicilline administrée *per os* à des lapins, à la dose de 40.000 U. O. par kilogramme (dose efficace et stérilisante en injections intramusculaires) est résorbée en quantité suffisante pour exercer une action curative. Toutefois cette résorption est imparfaite ainsi que le prouvent les récidives tardives, et il est vraisemblable que l'on devra s'adresser à des doses supérieures pour obtenir des résultats durables. LUCIEN PÉRIN.

C. LEVADITI et A. VAISMAN. — **La pénicilline, administrée par voie buccale, préserve-t-elle contre l'infection syphilitique expérimentale ?** *Bulletin de l'Académie de Médecine*, année **110**, 3e série, t. **130**, nos 12, 13 et 14. Séance du 2 avril 1946, pp. 221-224.

Sur 11 lapins ayant ingéré des doses totales de pénicilline variant de 60.000 à 150.000 U. O., administrées *per os* en 15 prises consécutives (dont la première effectuée *immédiatement après l'infection scrotale*), un seul a paru échapper à la contamination (9 o/o), dix ont été contaminés (91 o/o).

Sur 5 lapins traités comme précédemment (60.000 U. O. par kilogramme), *huit jours après* l'infection, un seul a paru être à l'abri de l'infection (20 o/o), quatre ont été infectés (80 o/o).

On peut conclure de ces faits que la pénicilline, administrée au lapin par voie buccale à des doses supérieures à celles qui agissent par voie intramusculaire, exerce une activité des plus réduites (9 et 20 o/o). Toutefois, en comparaison des témoins non traités, l'éclosion du syphilome chez les animaux soumis à ce traitement a été manifestement retardée : l'incubation a atteint en effet un délai de 34 à 86 jours chez les animaux traités (délai moyen 40 à 50 jours) contre 21 à 23 jours chez les témoins ce qui traduit un effet préventif léger mais pratiquement négligeable.

Une protection contre l'infection tréponémique a été constatée chez la souris à des doses, il est vrai, supérieures à celles qui précèdent (750.000 U. O. au lieu de 60.000 U. O. par kilogramme). Alors que chez les souris témoins la dispersion des tréponèmes est apparue dans une proportion de 88 o/o des cas, ce pourcentage n'a été que de 14 o/o chez les animaux ayant ingéré la pénicilline aussitôt après l'infection, de 33 o/o chez les animaux contaminés depuis un délai de huit jours. LUCIEN PÉRIN.

E. WALLACE et W. PAUL (Iowa). — **Pénicilline buccale dans le traitement de la syphilis cutanée tardive. Une observation** (Penicillin by mouth in the treatment of late cutaneous syphilis. Report of a case). *American Journal of Syphilis, Gonorrhea and Venereal Diseases*, **30**, no 5, septembre 1946, pp. 480-484, 4 figures. Courte bibliographie.

Une femme de 52 ans, porteuse depuis 10 ans de syphilides nodulaires, à Kahn fortement positif (240 unités) absorbe par la bouche 7.800.000 U. de pénicillline en 10 jours (100.000 U. toutes les 3 heures). Régression clinique en 10 jours ; disparition des lésions histologiques, sérologie sans changement ; la régression continue quand la malade est revue 2 et 5 semaines plus tard [pas de suite à cette observation. *An.*]. A. TOURAINE.

HEYMAN et YAMPOLSKY. — **La pénicilline dans la syphilis congénitale du nourrisson.** (Penicillin in infantil congenital syphilis). *Americ. J. of Dis. of Children*, Chicago, **71**, mai 1846, pp. 457-568, *in J. A. M. A.*, **131**, no 17, 24 août 1946, p. 1459.

Statistique de 22 cas de syphilis congénitale chez des nourrissons de moins de 17 mois au début du traitement, et tous avec sérologie positive et lésions cliniques de la peau ou des os longs.

Injections intramusculaires toutes les trois heures pendant 7 jours et demi. Ces cas furent suivis pendant 9 à 18 mois. Treize guérisons complètes (clinique, sérologique et dans le liquide céphalo-rachidien). Quatre cas de sérologie résistante. Trois décès et 2 rechutes sérologiques. L. Golé.

J. Yampolski et A. Heymann. — **Pénicillothérapie de la syphilis chez l'enfant** (Penicillin in the treatment of syphilis in children). *The J. A. M. A.*, **132**, n° 7, 19 octobre 1946, pp. 368-371.

Syphilis acquise : 7 cas de syphilis primo-secondaire chez des enfants âgés de 3 ans et plus traités par des doses comparables à celles de l'adulte (40.000 U. par kilogramme). Résultats cliniques excellents. Les réactions sérologiques, après six mois d'observation, étaient devenues négatives chez deux d'entre eux seulement.

Syphilis congénitale : 23 nouveau-nés sur 32 présentant des manifestations cliniques diverses ont été traités par une dose totale moyenne de 100.000 U. par kilogramme, avec un plein succès clinique. Cependant 4 Kahn positifs 16 mois après le traitement (ils avaient plus de 4 mois lors du traitement ce qui pourrait expliquer la séro-résistance). Trois décès, expliqués en partie par d'autres raisons.

Kératite interstitielle : 9 cas dont cinq graves. Dose : 50.000 U. par kilogramme en 7 jours 1/2 par voie intramusculaire. Succès net dans un seul cas, mais néanmoins rechute nécessitant une deuxième cure. La pénicilline instillée localement n'a pas amélioré ces résultats assez décevants dans une affection d'ailleurs rebelle également aux autres agents antisyphilitiques.

Hydarthrose symétrique (maladie de Clutton) : 3 cas, deux échecs avec 50.000 U. par kilogramme en 7 jours 1/2 et dans le 3e cas une amélioration passagère et quelques semaines après apparition d'une kératite interstitielle.

Neurosyphilis congénitale : 7 malades âgés de 10 à 25 ans avec liquide céphalo-rachidien pathologique complet traités par 40.000 U. par kilogramme en 7 jours 1/2. Guérison de la formule céphalo-rachidienne dans 4 cas, mais le Wassermann reste positif, quoique atténué. Échec dans deux cas de paralysie malgré une amélioration de la formule du liquide céphalo-rachidien. Échec complet dans un cas et légère amélioration dans un deuxième cas d'atteinte progressive du nerf auditif (100.000 U. par kilogramme).

En résumé, dans les manifestations tardives de la syphilis congénitale, les traitements sont assez décevants.

Les A. comme tous ceux qui publient actuellement leurs études d'ensemble, pensent que les impuretés, contenues à doses variables dans les diverses pénicillines utilisées, peuvent en partie, influer sur les résultats obtenus, de même que la teneur variable en fractions G, F, X et K. De sorte que les résultats seraient peut-être meilleurs avec les pénicillines actuelles (l'une d'entre elles contient la fraction G dans la proportion de 95 o/o) plus pures et aussi en employant des doses nettement plus élevées. L. Golé.

H. N. Cole, S. Ayres, etc. — **La pénicilline dans le traitement de la syphilis pendant la grossesse** (Use of penicillin in the treatment of syphilis in pregnancy). *Arch. of Derm. and Syph.*, **54**, n° 3, septembre 1946, pp. 255-264.

Étude portant sur 730 malades atteints de syphilis récente, traités depuis octobre 1943 dans les divers hôpitaux de Cleveland, selon les directives du Comité de la Pénicilline. Il y a lieu de tenir compte, dans l'appréciation des résultats, du fait que l'efficacité thérapeutique de la pénicilline a varié depuis les premières observations, les impuretés du médicament ayant été progressivement éliminées. Pas d'accidents, quelquefois gêne locale ou urticaire géante. Disparition du tréponème en 10 à 15 heures et guérison locale en une, deux ou trois semaines selon l'importance des lésions. La négativation sérologique demande plusieurs mois.

Les rechutes (avec des doses de 1.200.000 U. O. ou moins) feront l'objet d'un travail ultérieur. 27 rechutes sérologiques (dont 9 avec rechute clinique) avec 1.600.000 U. O. Deux rechutes sérologiques (dont une avec rechute clinique) sur 54 malades traités avec 2.400.000 U.

Parmi ces 730 malades, 47 syphilis pendant la grossesse : rechutes (et syphilis congénitale dans un cas) dans les cas traités avec moins de 2.400.000 U. et dans un cas traité avec 2.400.000 U. : fœtus macéré à 7 mois.

La quantité nécessaire paraît être 2.400.000 et peut-être davantage.

L. Golé.

X... — **Pénicilline chez les femmes enceintes** (Penicillin for pregnant syphilis). *British Medical Journal*, 31 août 1946, p. 317.

A une question posée, le *B. M. J.* conseille de faire 4.200.000 U. O. en sept ou quatorze jours à raison de une ou deux injections quotidiennes de 300.000 U. sans préjudice du traitement arséno-bismuthé. Bien que la pratique montre que la pénicilline ne provoque pas l'avortement, il est bon de se méfier car certains auteurs croient à cette possibilité.

M. Mansour.

J. H. E. Woltz et M. M. Wiley. — **La transmission de la pénicilline au fœtus. Son intérêt dans la syphilis prénatale** (The transmission of penicillin to the previable fetus. Its significance in prenatal syphilis). *The J. A. M. A.*, **131**, n° 12, 20 juillet 1946, pp. 969-970.

On comprend l'intérêt de cette étude destinée à déterminer à partir de quelle date, la pénicilline traverse la barrière placentaire.

L'étude a porté sur six femmes dont l'interruption de la grossesse était indiquée pour diverses raisons. Après hystérotomie, des dosages ont montré la présence de pénicilline chez les fœtus âgés de 10, 20, 24 et 25 semaines et dans le liquide amniotique d'un fœtus de 12 semaines une heure après l'injection d'une dose minime de 35.000 U. (pas de pénicilline dans le fœtus, probablement à cause de la dose légère et du délai trop court depuis l'injection).

Intérêt de ces constatations dans le traitement par la pénicilline de la syphilis congénitale. Le passage précoce de la pénicilline est d'autant plus intéressant que l'arsenic ne parviendrait au fœtus que plus tardivement (dans la deuxième moitié de la grossesse) et toujours à très faible concentration.

La pénicilline est donc « transmissible » au fœtus dès la deuxième semaine de la gestation.

L. Golé.

A. Hutter et J. Parks. — **La transmission de la pénicilline à travers le placenta** (The transmission of penicillin through the placenta. A preliminary report). *American Journal of Obstetric and Gynecology*, **49**, mai 1945, pp. 663-665.

Deux heures environ avant la délivrance, on injecte à des mères une solution de pénicilline à 5.000 U. par centimètre cube. Au moment de la délivrance on prélève du sang dans une veine de la mère et dans la veine ombilicale. On cherche quelle dose il faut injecter pour obtenir le taux agissant sur le staphylocoque doré 209 de 0,02 unité Florey par centimètre cube de sang.

Ce taux est atteint chez la mère et chez l'enfant après une injection intra-musculaire de 100.000 U. Il est donc possible de traiter ainsi de façon efficace et inoffensive la syphilis congénitale.

A. Touraine.

H. A. Tucker et D. D. Dexter. — **Le traitement des gommes syphilitiques du foie par la pénicilline** (Treatment of Gummatous Hepatic Syphilis with Penicillin). *Archives of Internal Medicine*, Chicago, **78**, n°s 255-368, septembre 1946, p. 313.

Pour Tucker et Dexter la syphilis active tardive du foie est rarement démontrée cliniquement.

La lésion essentielle initiale est la gomme.

La méthode la plus sûre mais non sans danger est la biopsie, cependant le diagnostic peut être fait par l'épreuve du traitement.

Dans les 2 cas que signalent les auteurs, on employa la pénicilline.

Les malades ont reçu par voie intramusculaire respectivement 920.000 et 3.200.000 U. O. d'une pénicilline du commerce.

Cette thérapeutique donna une énorme diminution des signes aigus et une amélioration objective et subjective pendant 686 et 491 jours.

Ces résultats montrent que les gommes viscérales réagissent au traitement par la pénicilline du commerce au moins aussi bien qu'aux autres formes du traitement spécifique.

Les propriétés apparemment atoxiques de la pénicilline la font recommander particulièrement dans les cas où le foie est atteint.

Dans le second des cas de Tuckner et Dexter, le diagnostic fut confirmé par une biopsie. M. Balter.

D. Holman et J. Makovsky. — **Néphrose aiguë syphilitique traitée par la pénicilline** (Acute syphilitic nephrosis treated with penicillin). *The New-York State Journal of Medicine*, **46**, 1946, p. 520.

La pénicilline est le meilleur traitement de ces néphroses; elle n'irrite pas le rein. 24 heures après le début du traitement débute une diurèse qui s'accentue jusqu'au sixième jour. En même temps que l'albuminurie disparaît, les protéines du sérum augmentent (la globuline plus rapidement que la sérine) et le poids du corps diminue. A. Touraine.

V. Scott et G. Clark (St-Louis). — **Néphrose syphilitique comme manifestation d'une réaction d'Herxheimer après pénicillothérapie d'une syphilis récente** (Syphilitic nephrosis as a manifestation of a renal Herxheimer reaction following penicillin therapy for early syphilis). *American Journal of Syphilis, Gonorrhea and Venereal Diseases*, **30**, n° 5, septembre 1946, pp. 463-467. Bibliographie.

Nègre de 31 ans, syphilis en juillet 1945, Kahn fortement positif (200 unités); légère leucocyturie (4 à 6 par champ à l'immersion). Pénicilline le 1er septembre (50.000 U. toutes les 2 heures). 6 heures après la première injection, fièvre de 39°5 ; arrêt de la pénicilline. Le lendemain, reprise des injections, nouvelle poussée à 39°3 ; dose totale 4,8 millions en 8 jours. Le 14 septembre, pollakiurie, début d'un œdème progressif des membres inférieurs et des organes génitaux, Kahn à 240 unités, forte albuminurie (non dosée), 10 leucocytes par champ. Guérison en 3 mois.

A. Touraine.

J. H. Barr, H. N. Cole et J. R. Driver. — **Néphrose aiguë syphilitique traitée avec la pénicilline** (Acute syphilitic nephrosis successfully treated with penicillin). *The J. A. M. A.*, **131**, n° 9, 29 juin 1946, pp. 741-743.

Syndrome de néphrose déclenchée chez un homme de 31 ans par un traitement arsenical (mapharsen) pour syphilis récente primo-secondaire avec Bordet-Wassermann positif. Action remarquable de la pénicilline (2.400.000 U.) : disparition rapide de l'œdème en particulier et retour à la normale. L. Golé.

W. Mc Dermott et R. Nelson. — **La pénétration de la pénicilline dans le liquide céphalo-rachidien après administration parentérale** (The transfer of penicillin into the cerebrospinal fluid following parenteral administration). *The American Journal of Syphilis, Gonorrhea and Venereal Diseases*, **29**, juillet 1945, pp. 403-415.

Sur 70 malades atteints ou non de syphilis nerveuse et qui ont reçu de la pénicilline par différentes voies et selon la pratique courante, aucun n'a laissé passer de pénicilline dans le liquide céphalo-rachidien.

Les A. ont trouvé environ 0,02 U. dans ce liquide 3 à 4 heures après une ou deux injections intramusculaires de 300.000 à 500.000 U.

Par contre si l'on obtient une concentration de la pénicilline de 0,078 à 1,25 unité par centimètre cube de sérum, la pénicilline passe dans le liquide d'ascite chez le vivant. Il ne s'agit donc pas, pour la non diffusibilité de la pénicilline dans le liquide spinal, d'un transport sur les molécules protéiniques.

A. Touraine.

J. Trasher. — **Pénicilline intrarachidienne dans la syphilis cérébro-spinale** (Intrathecal penicillin in cerebral spinal syphilis). *Journ. Indiana Med. Assoc.*, **38**, juillet 1945, pp. 216-220.

Après l'injection intramusculaire de 3.500.000 U. (40.000 toutes les 3 heures) aucune quantité de pénicilline ne passe dans le liquide céphalo-rachidien. Par contre, après l'injection intrarachidienne, la pénicilline y persiste pendant 24 heures. Aussi, pour obtenir un effet additionnel, peut-on injecter jusqu'à 20.000 U. à la fois, cette dose étant bien tolérée et devant, pour le mieux, après divers essais, être renouvelée une fois par semaine.

Les résultats sont d'abord d'ordre clinique; bien plus tard, la sérologie du liquide s'améliore. Cependant, dans quelques cas, il n'y eut aucune modification ni clinique, ni sérologique. La syphilis méningo-vasculaire est celle qui répond le mieux, mais les effets dans la paralysie générale ont été meilleurs que ceux que l'on attendait. Bons résultats aussi dans l'ataxie et la myélite. L'atrophie optique n'est pas influencée; mais les cas en ont été trop peu nombreux pour permettre un jugement définitif.

La thérapeutique intrarachidienne trouve son indication quand l'impaludation est impossible.

16 observations sont données avec des détails sur les modifications du liquide céphalo-rachidien.

A. Touraine.

H. Solomon. — **Fièvre et pénicilline contre la syphilis nerveuse** (Fever and penicillin for neuro-syphilis). *Digest of Neurology and Psychiâtry*, 1946, p. 132, d'après *The Urologic and Cutaneous Review*, **50**, n° 7, juillet 1946, p. 429.

Dans 176 cas, étudiés à Boston, S. a associé une cure de 6.000.000 U. de pénicilline en 15 jours, à 3 heures d'intervalle avec une pyrétothérapie modérée (40° pendant 20 heures). Sauf au cas de paranoïa ou de schizophrénie, les résultats sont évidents en 6 mois. Dans les formes méningées légères, au début, la pénicilline a été employée seule. Les résultats ont été bons dans 61 o/o des paralysies générales, 56 o/o des tabès, 25 o/o des méningo-vascularites. Dans 6 cas d'atrophie tabétique du nerf optique, 1 amélioration, 5 arrêts d'évolution.

A. Touraine.

J. Hindle, A. Rose, L. Trevett et C. Proct. — **Effets de la pénicilline sur l'impaludation** (The effect of penicillin on inoculation malaria). *New England Journ. of Medic.*, **232**, 1er février 1945, pp. 135-136.

Sur 28 cas de syphilis nerveuse, 15 ont été traités simultanément par la pénicilline et l'impaludation. Dans 6 de ces 15 cas, la pénicilline a été administrée après le début de la fièvre et de la septicémie (fièvre, tierce bénigne), dans les 9 autres, la pénicilline a été donnée avant le début de la fièvre et de la septicémie. La dose de pénicilline a été de 3.000.000 U. en 10 jours. Dans aucun cas l'évolution du paludisme n'a été troublée. Les deux traitements peuvent donc être combinés sans inconvénient.

A. Touraine.

P. A. O'Leary, L. A. Brunsting et O. Ockuly. — **Penicillin in the treatment of neurosyphilis** *The J. A. M. A.*, **130**, n° 11, 16 mars 1946, pp. 698-700.

Étude portant sur 100 malades présentant des types divers de syphilis nerveuse. Amélioration des signes fournis par le liquide céphalo-rachidien. Action sur les signes fonctionnels et en particulier sur les douleurs fulgurantes. Augmentation de poids. Pas d'action sur les signes précoces de la P. G.

Les résultats les plus nets ont été obtenus par les injections intraveineuses (1.200.000 U. en une semaine) associés parfois à un traitement intrarachidien.

L'association avec la malariathérapie ou la pyrétothérapie artificielle n'a pas amélioré les résultats de ce traitement employé seul.

En résumé, la pénicilline ne paraît pas obtenir en neuro-syphilis les résultats heureux obtenus dans la syphilis récente, et surtout, elle ne paraît pas avoir d'action sur les formes parenchymateuses. L. Golé.

F. W. Reynolds, Ch. F. Mohr et J. E. Moore. — **La pénicilline dans le traitement de la neuro-syphilis** (Penicillin in the treatment of neuro-syphilis). *The J. of Am. Med. Assoc.*, **131**, n° 16, 17 août 1946, pp. 1255-1260.

Étude portant sur 44 cas de P. G. traités soit par la pénicilline seule (24 cas) soit par pénicilline + impaludation. Les doses employées ont varié entre 2.000.000 et 10.000.000 U.

Seule, la pénicilline a amélioré la formule céphalo-rachidienne et amené une amélioration clinique dans 11 cas sur 24 (46 o/o). Mais les résultats cliniques et biologiques sont meilleurs par l'association avec la malaria. Ce dernier traitement doit être considéré comme le traitement de choix de la P. G. à l'heure actuelle. L. Golé.

H. A. Tucker et R. C. V. Robinson. — **Neurosyphilis traitée par pénicilline** (Neurosyphilitic patients treated with penicillin). *The J. A. M. A.*, **132**, n° 5, 5 octobre 1946, pp. 281-282.

Statistique de 208 neuro-syphilis traitées par pénicilline seule. Sur ces 208 cas, il fut noté des réactions au début du traitement dans 54 cas (26 o/o). Il s'agit le plus souvent d'une légère élévation de température ou d'un état confusionnel transitoire avec agitation de une à plusieurs heures.

Dans 2 cas de pénicilline G, les phénomènes nécessitèrent l'internement avant la moitié du traitement conseillé (10.000.000 U. en 25 jours). Mais la relation directe entre le traitement et les troubles d'excitation n'a pu être établie de façon certaine.

Exposé de 2 observations de troubles convulsifs apparus durant le traitement par injections intramusculaires et qui sont considérés par les A. comme une réaction d'Herxheimer.

Ces malades avaient été traités avec une pénicilline très purifiée, contenant G, F et K (la pénicilline K étant probablement la fraction la plus élevée en pourcentage).

Ces réactions de caractère assez dramatique méritent d'être connues des médecins qui entreprennent le traitement de la neuro-syphilis par la pénicilline.

L. Golé.

J. Moore et Ch. Mohr (Baltimore). — **La pénicilline dans le traitement de la neuro-syphilis. I. Neurosyphilis asymtomatique** (Penicillin in the treatment of neuro-syphilis. I. Asymptomatic neuro-syphilis). *American Journal of Syphilis Gonorrhea and Venereal Diseases*, **30**, n° 5, septembre 1946, pp. 405-419, 6 tableaux, 6 diagrammes. Bibliographie.

Dans 91 cas de neuro-syphilis asymptomatique (48 syphilis récentes et 43 anciennes), c'est-à-dire sans autre manifestation que des altérations du liquide céphalo-

rachidien et suivis pendant 3 à 24 mois (en général de 7 à 15 mois), la pénicilline donnée en une (88 cas), deux (2 cas), trois (1 cas) séries de 7 jours et demi à 10 jours a donné les résultats suivants :

Sérologie sanguine : Résultats identiques à ceux de la chimiothérapie usuelle; pas de gain ni en efficacité, ni en rapidité.

Leucocytose rachidienne : Retour à la normale en 10 à 24 semaines en syphilis aussi bien récente que tardive, avec, cependant, 4 rechutes.

Albuminorachie : Augmentée dans 5 des syphilis récentes et 19 des syphilis récentes; elle est revenue à 0 gr. 35-0 gr. 40 en 10 à 24 semaines, aux environs de 0 gr. 30 en 25 à 39 semaines.

Réaction de Wassermann : Plus ou moins positive dans 45 liquides de syphilis récente, elle est devenue 27 fois négative; positive chez 43 syphilis ancienne, elle s'est négativée dans 8 seulement, et cela en 25 à 60 semaines.

Ces résultats dépendent peu de la dose de pénicilline et les pourcentages de normalisation sont les mêmes avec des faibles ou des fortes doses.

Au total 27 liquides de syphilis récente et 12 de syphilis ancienne sont redevenus normaux à tous points de vue; mais un des premiers, deux des seconds ont présenté des rechutes en 8 à 10 semaines.

Le critérium formulé par Dattner-Thomas-Wexler pour prévoir l'activité de la pénicilline en pénicillothérapie s'appuie surtout sur les variations des cellules et des protéines. Si ces éléments s'améliorent, il est rare de constater une progression ou une rechute clinique, et inversement; ils témoignent du degré de réaction méningée dont le pronostic est d'autant meilleur que la réaction est plus marquée. A. TOURAINE.

S. ROSE. — **Pénicillothérapie de la neurosyphilis** (Penicillin treatment of neurosyphilis). *Connecticut Medic. Journ.*, **9**, juillet 1945, pp. 522-525.

Après une revue générale de la question, étude de 70 cas suivis pendant 4 à 12 mois. Traitement habituel : courte période de pyrétothérapie; aussitôt après, 3.000.000 U. (50.000 par injection). Résultats : 36 cas de *paralysie générale récente*, 24 améliorations, 11 sans changement, 1 aggravation; 13 cas de *paralysie générale ancienne*, 1 amélioration, 10 sans changement, 2 aggravations; chez tous liquide spinal non modifié. Tabès, sans changement net. 6 atrophies primitives du nerf optique, progression arrêtée dans 5 cas, non arrêtée dans 1.

Deux tendances dans les modifications du liquide spinal : dans les cas non encore traités, augmentation immédiate des cellules et des protéines, à la manière d'une réaction d'Herxheimer; dans les cas antérieurement impaludés, diminution lente, en quelques semaines ou moins, des cellules et des protéines.

A. TOURAINE.

H. TUCKER. — **Pénicillothérapie de la paraplégie spasmodique syphilitique d'Erb** (Penicillin treatment of Erb's syphilitic spinal spastic paraplegia). *Bull. Johns Hopkins Hosp.*, **78**, 1946, p. 161.

4 cas. Les deux premiers n'ont présenté aucune amélioration après 3.760.000 et 6.560.000 U. Un troisième, mort d'infection secondaire 199 jours après le début de deux traitements de 4.000.000 U., a montré une dégénérescence importante antéro-latérale de la moelle et, plus encore, du faisceau pyramidal. Le quatrième a reçu 10.000.000 U. et impaludation sans aucun bénéfice en 4 mois.

La pénicilline ne permet donc pas plus d'espoir, dans la paraplégie d'Erb, que les autres traitements. A. TOURAINE.

Diego Furtado, Miranda Rodrigues et Domingos Machado (de Lisbonne). — **Contribution à l'étude du traitement du tabès par la pénicilline.** *Société de Neurologie de Paris*, Séance du 6 novembre 1945, *in Revue Neurologique*, **77**, n° 11-12, novembre-décembre 1945, pp. 324-326.

Les auteurs relatent huit observations de tabès traités par la pénicilline (5 hommes et 3 femmes). Les doses ont varié de 280.000 à 1.200.000 U. par voie intramusculaire, et de 60.000 à 200.000 U. par voie intrarachidienne. La durée du traitement a été de 6 à 7 jours.

Les résultats dans leur ensemble se sont montrés satisfaisants. L'amélioration a porté selon les cas sur le syndrome humoral, le syndrome clinique ou les deux à la fois. Le syndrome humoral a été favorablement influencé dans 4 cas sur 6, deux malades n'ont pas été améliorés, deux autres ne présentaient pas d'altérations du liquide céphalo-rachidien avant le traitement.

Les crises gastriques ont disparu entièrement dans un cas, les douleurs fulgurantes dans deux cas, alors que les unes et les autres restaient stationnaires dans un autre cas. Un cas d'atrophie optique est demeuré sans changement.

Dans 4 cas le traitement intrarachidien a été suivi d'une réaction méningée plus ou moins intense, mais toujours passagère. Lucien Périn.

H. Haxthausen. — **Agranulocytose arsenicale traitée par la pénicilline** (Agranulocytosis due to salvarsan and treated with penicillin). *Soc. danoise de Dermatologie*, 7 février 1945 ; *Acta dermato-venereologica*, t. **27**, n° 2, 1946, pp. 137-138.

Paysan de 28 ans ; chancre syphilitique. Après la 6e injection de néosalvarsan (0 gr. 75), fièvre élevée, stomatite gangréneuse ; 6.160 leucocytes dont 6 o/o de polynucléaires ; 5 jours plus tard, extension des lésions, fièvre à 40°, 1.120 leucocytes dont 4 o/o de polynucléaires. Pénicilline : 630.000 U. au total en 7 injections ; le lendemain, transfusion de 500 centimètres cubes ; amélioration rapide ; 4 jours plus tard : 4.720 leucocytes dont 55 o/o de polynucléaires. Guérison en une semaine, avec 9.700 leucocytes dont 73 o/o de polynucléaires. A. Touraine.

A. Bernard. — **Négativation par la pénicilline de réactions syphilitiques résistantes.** *Journ. des Sciences Médicales de Lille*, année **64**, n° 20, 29 septembre 1946, pp. 371-375.

Femme de 45 ans, à fortes céphalées et toutes réactions positives. Traitement pendant 3 ans au cyanure, à l'acétylarsan, à l'hydroxyde de bismuth et au sirop de Gibert, sans influence sur la sérologie [Malgré sa variété, ce traitement paraît avoir été assez faible. *An.*].

Injections de 480.000 U. de pénicilline par jour ; poussée fébrile à 38°, puis 39°8 ; dès le 3e jour, toutes les réactions sont négatives. Après 3.500.000 U. le Wassermann et le Kahn sont négatifs, le Hecht et le Meinicke douteux. A. Touraine.

M. P. Bondet. — **Accidents et incidents de la pénicillinothérapie en vénéréologie.** *Journal de Médecine de Lyon*, année **27**, n° 639, 20 août 1946, pp. 595-599. Bibliographie.

Bonne revue générale où sont décrits les accidents locaux, généraux ou cutanés provoqués par la pénicilline, accidents presque toujours bénins puisque cet agent thérapeutique est dépourvu de toxicité.

Jean Lacassagne.

G. H. Bauer. — **Dermatoses allergiques dues à la pénicilline** (Allergic Dermatoses complicating penicillin therapy). *Arch. of Derm. and Syph.*, **54**, n° 3, septembre 1946, pp. 292-299.

Trois types cliniques ont été observés : urticaire, éruption érythémato-vésiculeuse (après injection) et dermatite de contact (après application locale).

L'auteur rapporte quelques observations personnelles. Parmi les cas de dermatite de contact, qui tendent à devenir de plus en plus fréquents, l'auteur signale trois réactions palpébrales à la suite de collyres à la pénicilline. Dans le

cas de Pyle et Rattner, les tests ont montré que l'allergène était la fraction G elle-même. Dans tous les autres cas publiés, il s'agissait au contraire de pénicilline commerciale qui contient, en quantité plus ou moins importante, d'autres fractions dont le rôle en tant qu'allergène n'est pas encore fixé. Il semble d'autre part qu'une pénicilline active par voie buccale soit bien près d'être mise au point, ce qui n'évitera certes pas les réactions allergiques mais pourra réaliser d'autres variétés cliniques.

En terminant, l'auteur émet quelques doutes sur la valeur absolue de la méthode des tests dans l'étude des dermatoses allergiques. L. Golé.

S. Fromer, J. Cutler et S. Levitan. — **Syphilis récente masquée par pénicillothérapie d'une blennorragie** (Masking of early syphilis by penicillin therapy in gonorrhea). *The Journal of Venereal Disease Information*, t. **27**, n° 7, juillet 1946, pp. 174-177.

Sur environ 1.000 syphilitiques récents, 66 ont reçu, pendant leur période d'incubation, de la pénicilline pour une blennorragie. Aucun d'eux n'a eu de chancre, 18 ont présenté de la fièvre ou des frissons pendant la cure de pénicilline; cette réaction a donc une réelle importance diagnostique et se rapproche de la réaction d'Herxheimer qu'on observe chez environ 90 o/o des syphilitiques et très rarement chez les blennorragiques (environ 1 o/oo d'après Buchholtz).

♂, traité pour blennorragie fin juin-début juillet, fièvre et frissons à chaque injection ; à ce moment adénopathie inguinale bilatérale ; à mi-août 1945, sérologie positive puis syphilides papuleuses du gland, avec tréponèmes.

♂, pénicillothérapie pour blennorragie, fièvre et frissons à chaque injection ; un mois plus tard, petite ulcération du gland, sérologie douteuse puis adénopathie généralisée et roséole ; tréponèmes dans un ganglion occipital.

♂, blennorragie en août 1944, 210 000 U. de pénicilline, pas de réaction fébrile. Le 25 décembre, sans nouveau rapport sexuel, érosion sur la verge. Le 26 janvier 1945, syphilides maculeuses et papuleuses du dos, plaques muqueuses sur la verge.

A. Touraine.

C. Levaditi et A. Vaisman. — **Les tréponèmes récidivants deviennent-ils pénicillino-résistants.** *Comptes rendus des séances de la Société de Biologie*, **140**, janvier 1946, n° 1-2. Séance du 26 janvier 1946, pp. 30-31.

Des lapins qui, à la suite d'un traitement par la pénicilline à doses faibles, avaient présenté des récidives syphilitiques locales ont été soumis à une cure plus intensive de pénicilline. D'autres lapins qui dans un but préventif avaient reçu des doses assez élevées de pénicilline et réagi tardivement par des chancres scrotaux ont été soumis à une nouvelle cure identique.

Dans les deux cas l'action curative habituelle a été obtenue : disparition des tréponèmes le jour même ou le lendemain de la cure, cicatrisation des lésions en 7 à 8 jours.

Ces faits permettent de conclure que les tréponèmes existant dans les lésions syphilitiques récidivantes ou retardées chez des lapins traités curativement ou préventivement par des doses insuffisantes de pénicilline n'acquièrent pas la pénicillino-résistance. Lucien Périn.

C. Levaditi, A. Vaisman et H. Vaisman-Noury. — **Dosage de l'effet stérilisant de la pénicilline dans la syphilis cliniquement occulte de la souris.** *Comptes rendus des Séances de la Société de Biologie*, **139**, décembre 1945, n° 23-24. Séance du 22 décembre 1945, pp. 1077-1078.

La pénicilline (sel de sodium) administrée par voie sous-cutanée à des souris atteintes de syphilis cliniquement inapparente, à la dose de 250.000 à 750.000 U. O. par kilogramme, provoque une disparition rapide des tréponèmes dans les zones

électives et réalise en outre une stérilisation profonde de l'organisme se traduisant par la non virulence de la rate, des ganglions lymphatiques et du névraxe, à l'égard des animaux réceptifs.

Les auteurs ont cherché à déterminer la dose minima curative de pénicilline en se plaçant dans des conditions identiques à celles de leurs précédentes recherches. Il ressort de leurs constatations que la disparition des tréponèmes ainsi que la stérilisation des tissus hématopoïétiques et du névraxe sont obtenues avec la dose totale minima de 300.000 U. O. par kilogramme si cette dose est divisée en trois injections quotidiennes. Entre 30.000 et 150.000 U. O. par kilogramme la pénicilline se révèle inopérante soit du point de vue de la dispersion tréponémique, soit en ce qui concerne la stérilité du système hématopoïétique. La stérilisation du cerveau a pu être réalisée avec des quantités de pénicilline comprises entre 30.000 et 250.000 U. O. par kilogramme (à une exception près).

Le même effet tréponémicide et stérilisant est obtenu en utilisant des doses inférieures aux précédentes et variant de 20.000 à 40.000 U. O. par kilogramme, à la condition que ces doses soient administrées en 20 injections fréquemment réitérées. Il faut donc que l'organisme soit sous une pression pénicillinique élevée, tout au moins pendant un certain temps, pour qu'un tel effet puisse se produire.

La pénicilline réalise la stérilisation du système nerveux avec une facilité surprenante même à doses faibles. Le virus syphilitique se comporte de ce point de vue d'une manière totalement différente de celle du virus récurrentiel névraxique, qui se révèle au contraire pénicillino-résistant. LUCIEN PÉRIN.

C. LEVADITI, A. VAISMAN et H. NOURY. — **La pénicilline s'accumule-t-elle dans le chancre chez les lapins syphilisés expérimentalement ?** *Comptes rendus des séances de la Société de Biologie*, **140**, janvier 1946, n° 1-2. Séance du 26 janvier 1946, pp. 31-32.

Recherchant si la pénicilline administrée par voie intramusculaire s'accumulait ou non au niveau du syphilome pour y exercer ses effets spirochéticides, les auteurs ont injecté par cette voie à un lapin porteur de chancres scrotaux 10.000 U. O. de pénicilline par kilogramme (au total 25.000 U. O. pour un poids de 2 kgr. 500) et sacrifié l'animal une heure après l'injection. Le titrage de la teneur en pénicilline a été réalisé par la méthode de Vincent et Withgrowe (rondelles de papier filtre) sur des émulsions à 1/5 des différents organes et tissus, cerveau, foie, reins, rate, poumons, testicules, ganglions lymphatiques, sang, urines et chancres eux-mêmes. Alors que le sang, l'urine et les reins contenaient des proportions de pénicilline variant de 2,5 U. O. à 100 U. O., il n'existait aucune trace de ce produit dans les chancres; il n'en existait pas davantage dans le cerveau, le foie, la rate, les poumons, les testicules et les ganglions.

Il ressort de ces faits que la pénicilline ne s'accumule pas dans les lésions primaires où s'engage la lutte entre ce médicament et les tréponèmes.

Un phénomène analogue avait été déjà observé chez les lapins traités par le bismuth, où ce produit n'avait été décelé dans le chancre que à des quantités infinitésimales de l'ordre de 2 γ. LUCIEN PÉRIN.

C. LEVADITI, et A. VAISMAN. — **Suites du traitement pénicillinique des souris syphilisées.** *Comptes rendus des Séances de la Société de Biologie*, **140**, avril 1945, n° 7-8. Séance du 13 avril 1946, pp. 252-253.

Comme suite à leurs constatations antérieures relatives à la disparition des tréponèmes et à la stérilisation des organes (ganglions lymphatiques, rate, cerveau) chez les souris traitées par la pénicilline, les auteurs ont recherché si ces animaux

acquéraient en pareil cas un état réfractaire à l'égard de la syphilis ou si leur réceptivité redevenait normale par la suite comme il advient chez les lapins syphilisés, traités préventivement par le bismuth.

Ils ont constaté que le traitement pénicillinique chez des souris contaminées depuis 216 jours se montrait radical et aboutissait à la suppression totale de la dispersion spirochétienne.

Soumises 44 jours après le début de la cure pénicillinique à des greffes sous-cutanées de chancres spirochétiens de lapins appartenant à la même souche, 5 de ces souris sur 7 ont présenté une dispersion tréponémique manifeste constatée 115 jours après leur réinfection, ce qui représente un pourcentage de 71 o/o de résultats positifs. Les témoins de cette nouvelle inoculation ont par contre présenté cette dispersion dans tous les cas.

Les auteurs concluent de ces expériences que les souris atteintes de syphilis expérimentale cliniquement inapparente mais intensément dispersive se stérilisent radicalement après le traitement pénicillinique, mais que, réinfectées ultérieurement, elles récupèrent leur réceptivité normale dans une proportion de 71 o/o des cas. L'état réfractaire acquis dans ces conditions doit donc être considéré comme d'une relative rareté. LUCIEN PÉRIN.

C. LEVADITI, H. PENAU, A. VAISMAN et G. HAGEMANN. — **Activité thérapeutique de l'ester méthylique de pénicilline et de l'association liposoluble de cet ester et du bismuth.** *La France Médicale*, année 9, n° 10, octobre 1946, pp. 3-9, 5 tableaux, 13 diagrammes. Bibliographie.

Les esters pénicilliniques dont la synthèse est due à Meyer, Hobby, Dawson et Chaffee (1943) n'ont d'action antibiotique (contre le streptocoque) par hydrolyse que dans l'organisme et non *in vitro*. Les A. exposent leur technique de préparation, de dosage de l'activité *in vitro* et *in vivo* de l'ester méthylique de pénicilline. A la dose de 50.000 U. d'ester, injectée en 5 piqûres en un jour, le chancre expérimental du lapin guérit (quoique plus lentement qu'avec le pénicillinate de soude) et sans récidive. Étude de l'élimination et de la concentration sanguine de l'ester.

L'association de bismuth (0 gr. 01) et de pénicilline (30.000 U. par centimètre cube), loin d'être incompatible, a un effet curatif net sur l'infection staphylococcique ou tréponémique de la souris; elle conserve son action pendant 147 jours à 4°. Aussi les A. ont-ils appliqué cette méthode à la syphilis humaine (17 observations dont 6 rapportées, dont 9 de chancre, 6 de syphilis secondaire récente floride, 1 de syphilis secondo-tertiaire, 1 de résistance aux médications habituelles). L'injection de pénicilline-bismuth a été faite, à la dose de 2 centimètres cubes, chaque jour pendant 15 jours, puis repos de 7 jours, deuxième série identique, repos de 7 jours, troisième série identique. Les résultats cliniques ont été très satisfaisants; la sérologie est devenue négative en 15 à 67 jours.

A. TOURAINE.

TABLE PAR NOMS D'AUTEURS

DES TRAVAUX ORIGINAUX DU TOME SEPTIÈME — HUITIÈME SÉRIE

1947

MÉMOIRES ORIGINAUX

RECUEIL DE FAITS

DOCUMENTS ICONOGRAPHIQUES

TABLE ALPHABÉTIQUE DES AUTEURS

DONT LES TRAVAUX SONT PUBLIÉS OU ANALYSÉS DANS CE VOLUME (1)

(1) *Les chiffres en caractères* **gras** *indiquent les mémoires originaux — et ceux en italiques les documents iconographiques.*

TABLE ALPHABÉTIQUE ET MÉTHODIQUE DES MATIÈRES

DU TOME 7 — 8e SÉRIE

1947

Les chiffres en caractères gras indiquent les mémoires originaux et ceux en *italiques* les documents iconographiques.

A

M

Q

R

S

U

W

X

Z

Le Gérant : G. MASSON.

DÉPÔT LÉGAL : 1947, 4e TRIMESTRE, No D'ORDRE 533, MASSON ET Cie, ÉDITEURS, PARIS
BARNÉOUD FRÈRES ET Cie, IMPRIMEURS (31.0566), LAVAL, No 784. — 12-1947.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

SÉANCE DU JEUDI 10 JUILLET 1947

Présidence du Professeur Gastinel.

SOMMAIRE

PRIX DE LA SOCIÉTÉ

Le Prix de la Société française de Dermato-syphiligraphie pour 1947 est attribué à M. Bazex, de Toulouse, qui a obtenu le plus grand nombre de suffrages.

Allocution de M. Ch. Flandin

Président sortant.

Mes chers Collègues,

Malgré le vote unanime de votre Comité de direction, j'ai refusé de me présenter à nouveau à vos suffrages. Non pas que j'aie méconnu l'honneur qui m'était proposé, non pas que je quitte sans regret une place où votre confiance m'avait placé et où j'ai fait tous mes efforts pour diriger sans heurts vos séances toujours chargées et souvent animées.

Mais, ayant réussi, pendant un an, à ne pas déclencher chez des Dermatologistes de trop vives crises de prurit, j'ai pensé qu'il ne fallait pas tenter le diable et qu'il était sage de transmettre à un successeur habile la responsabilité de présider à vos destinées.

Je vous remercie tous, du fond du cœur, de la confiance et du concours que vous m'avez accordés pendant mon année de présidence. Peut-être ai-je paru à certains d'entre vous particulièrement éloquents, un peu trop sévère pour leur verbalisme.

Rendez-vous compte de la lutte contre la montre et contre un ordre du jour toujours chargé que doit mener votre président s'il veut ménager à ceux inscrits par le Secrétaire général en queue de liste l'occasion de parler devant un auditoire et non devant des chaises vides.

Je demande très sincèrement à ceux que j'ai dû rappeler à la concision de m'excuser et de me pardonner. Vis-à-vis d'aucun, je n'ai obéi à un sentiment d'animosité personnelle.

La surabondance des communications prouve la vitalité de notre Société. Je ne suis pas ennemi de leur diversité ni des discussions qu'elle suscite. Mais, je pense et je tiens à le dire avant de quitter ce fauteuil, qu'il y a intérêt pour notre société à demeurer strictement sur le terrain scientifique, strictement dans le domaine de la Dermatologie et de la Syphiligraphie. Notre rôle est uniquement médical et scientifique et il doit le rester.

C'est du moins la conception de ma génération. Je crains que ce ne soit plus celle de ceux qui vont nous succéder. Lorsque je vois le plan de fonctionnement

de nos services hospitaliers dans le cadre des nouvelles lois dites de Sécurité sociale, je me demande comment pourront travailler les médecins de l'Hôpital Saint-Louis et leurs élèves.

Tout est prévu, même le nombre de minutes qui doivent être consacrées à l'examen d'un malade suivant qu'il se présente à la consultation de la porte ou à celle du service, tout acte, tout geste médical doit être porté en compte, chiffré suivant des barêmes mystérieux. Enfin, au-dessus du chef de service, le médecin-conseil, arbitre souverain, recruté on ne sait où ni comment, jugera au dernier ressort.

Comment étudierez-vous un malade, comment ferez-vous des recherches, que deviendra votre Société ? De telles perspectives consolent ceux qui voient approcher l'heure de la retraite.

Mais elles les obligent à proclamer que les Médecins des Hôpitaux qui non seulement ont accepté de pareilles mesures, mais encore ont travaillé à les établir ont forfait à l'honneur traditionnel du Corps médical des Hôpitaux, ont trahi la cause de la science médicale française et l'intérêt des malades.

J'appelle à la révolte et à la résistance tous les médecins dignes de ce nom.

*
* *

Je ne voudrais pas quitter une présidence sur ce cri de guerre.

Il m'est particulièrement agréable de céder la place à mon vieux et cher ami Gastinel.

Nous nous connaissons depuis le début de nos études, nous nous sommes toujours suivis et nous sommes animés des mêmes sentiments.

Tout récemment, Gastinel déposait sur le bureau de notre Société deux volumes qui représentent sa vie scientifique, sa vie de chercheur méthodique, obstiné, silencieux.

Deux gros volumes consacrés à une œuvre personnelle, à des recherches originales et qui apportent des progrès, n'est-ce pas le plus beau mérite qui puisse auréoler un savant et un médecin ?

Gastinel, comme Fernet qui m'a précédé, est particulièrement qualifié pour diriger notre Société. Je suis heureux de le voir assumer une tâche que vous lui rendrez aisée et j'applaudis de tout cœur à votre choix.

Merci, mes chers collègues, pour l'honneur que vous m'avez fait et le concours que vous m'avez apporté.

Et maintenant, vive Gastinel !

M. le Secrétaire Général. — Je suis heureux de vous proposer, au nom du Comité de Direction, de nommer M. Flandin, Président et M. Margarot, Vice-président sortants, Présidents d'honneur de la Société.

MM. Flandin et Margarot sont élus Présidents d'honneur de la Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie à l'unanimité des membres présents.

Allocution du Professeur Gastinel
Président

Mes chers Collègues,

Je vous dis mon remerciement de la façon la plus simple, qui est aussi la plus sincère et la plus émue. Vous me comblez d'un honneur dont je sais tout le prix, en me portant à la Présidence de la Société Française de Dermato-Syphiligraphie ; mais j'en ressens également le poids et les obligations. Soyez assurés aussitôt de ma totale bonne volonté.

Pour que je ne faillisse pas à ma tâche, je serai aidé par cette belle couronne de Présidents d'honneur, toujours prêts à assister et à guider le Président en exercice.

Je succède trop hâtivement à mon vieil et savant ami, Flandin, ce parfait Bourguignon de bonne race et de grand crû. Il sait de quelles sollicitations il fut l'objet pour garder le fauteuil qu'il occupait avec une si énergique autorité et combien j'aurais personnellement souhaité l'y voir demeurer.

A notre Président d'honneur Margarot, je redis l'émerveillement de ses invités à la magnifique journée de Montpellier. Il a su nous instruire et nous charmer, tel un grand seigneur recevant dans sa ville princière.

Certaine nuit récente, j'ai rêvé qu'une fée bien intentionnée voulait me faire hériter de chacun de mes devanciers, le gène caractéristique de leur présidence, gène respectivement différent certes, mais toujours très éminent. Au réveil, je me suis aperçu que je serais alors un Président fort composite, et que je manquerais de toute originalité. Prenez-moi donc tel que je suis, mais avec mon gène bien à moi.

J'ai la bonne fortune d'avoir à mes côtés au bureau comme vice-présidents, mon ami Tzanck, l'homme à l'esprit ouvert au grand vent du large et le médecin-général inspecteur Jame, dont la science égale la courtoisie et qui montre si bien l'unité de la médecine en ses deux personnes distinctes, civile et militaire.

Le Pr Gaté, vice-président provincial, représente ici une vieille et célèbre école couverte de gloire, et avec bonheur il est à la fois homme d'érudition et de finesse intellectuelle.

Notre secrétaire général Degos demeurera comme par le passé, servi par ses hautes qualités, défenseur de l'ordre et de la discipline, pour organiser notre vie scientifique. Je l'en remercie à l'avance ainsi que le Comité de Direction.

*
* *

Je ne saurais prendre cette présidence sans évoquer d'abord la mémoire de mon maître Thibierge, dont je fus l'interne et longtemps l'assistant. Je le revois dans son attitude familière, attentif, la loupe à la main, regardant sans parler, puis interrogeant le malade d'une voix brève, interrompant du geste toute explication inutile, énonçant ensuite son diagnostic avec des mots simples et une clarté toute faite de bon sens. Il enseignait l'amour de la chose précise et redoutait les diagnostics trop savants. Très ouvert aux acquisitions de la biologie, il accueillait les travailleurs dans son laboratoire et les guidait dans leurs recherches. Toutes ses publications attestent un observateur minutieux et un médecin érudit. On sait que son activité fut spécialement attirée par l'étude des dermatoses artificielles et des réactions cutanées, ce qui le conduisit à s'occuper de Médecine légale et il devint un expert très écouté. Il s'intéressa à l'histoire de la médecine et tous ici connaissent sa pénétrante analyse de l'œuvre de Rollet. Par delà le médecin de Saint-Louis, Thibierge fut un beau caractère. La conscience médicale la plus sûre trouve en lui son incarnation. Aussi ne redoutait-il pas d'apparaître parfois un peu brusque pour affirmer hautement ses appréciations et maintenir ses jugements dans toute leur rectitude.

Un grand cœur se cachait sous une apparente rudesse. Ceux de ses élèves qui ont traversé des heures douloureuses savent combien leur chef devenait paternel et bienveillant.

Aux côtés de Thibierge, j'ai connu Paul Ravaut, l'homme à la lumineuse intelligence qui eut une influence très grande sur mon destin. Il m'a appris à penser biologiquement, à aimer la recherche et à vivre de longues heures au laboratoire. Je lui dois beaucoup par l'exemple qu'il m'a donné et par tout ce qu'il m'a fait comprendre.

Plus tardivement, étant agrégé, Lortat-Jacob, maître et ami, m'a ouvert son service. Je tiens à dire à ceux des siens qui sont à cette table, combien j'ai su

apprécier ce parfait neurologue dermato-syphiligraphe et quelle affection m'unissait à ce gentilhomme d'une si belle distinction d'esprit.

A l'instant où j'évoque le passé, je veux dire mon souvenir fidèle aux amis qui ont travaillé avec moi et tout spécialement à celui que je considère comme un frère, à Reilly, ce grand solitaire qui a vivifié tant de travaux de son souffle puissant et acquis un si éminent renom dans la science contemporaine.

Certains de mes élèves et collaborateurs ne doivent pas être oubliés aujourd'hui ici. Je songe en particulier à Pulvenis aussi courageux à la guerre ou dans le maquis qu'opiniâtre dans le labeur et à Pierre Collart qui, depuis quatorze ans, consacre également une partie de son temps à mon laboratoire, sans autre avantage que celui, tout intime, de participer à un effort.

*
* *

Si la charge présidentielle est pleine d'honneur, elle est lourde de périls. Je sais, mes chers collègues, que ce fauteuil de velours cramoisi peut, à l'occasion, devenir une chaise électrique. Votre bienveillance amicale m'évitera un choc fatal et, par ailleurs, suis-je quelque peu rassuré par les motifs réels qui, sans doute, ont dicté vos unanimes suffrages.

Le moment est arrivé, en effet, de discerner le sens de mon élection.

Je ne suis ni médecin de Saint-Louis, ni médecin de Saint-Lazare, ni même praticien. Je n'exerce plus.

L'évolution de ma carrière s'est accusée vers la pathologie infectieuse, les recherches et les disciplines expérimentales. Quelque peu transfuge de la dermatologie, la voie s'est ouverte pour moi vers d'autres destins.

N'est-ce pas surtout un salut aux fonctions que j'occupe et à l'effort silencieux, que vous avez voulu donner en ma personne ?

En fixant votre choix sur un homme de laboratoire, n'avez-vous pas adressé un encouragement à la recherche dans l'activité de notre société ?

La dermato-syphiligraphie française si riche dans ses investigations cliniques, si pénétrante dans l'analyse des groupements morbides, doit être admirée dans sa tendance continue à la simplicité et au clair jugement.

Aussi, l'un des buts essentiels de notre Société est-il d'accueillir les observations bien étudiées offrant un intérêt réel de rareté ou de discussion. Les faits accumulés de la sorte sont des trésors documentaires dont nos bulletins ont le dépôt.

Mais il est une autre forme de notre activité.

*
* *

De nombreux travaux biologiques ont eu, en effet, leur point de départ ou des échos profonds à nos séances. Pour n'évoquer que les noms des disparus, nous avons tous présent à la pensée ceux de médecins en même temps chercheurs avisés et originaux qui siégeaient ici.

Ne faudrait-il pas puiser dans cette tradition un stimulant à la nécessité de poursuivre leur œuvre, en s'engageant comme eux dans les voies des labeurs prolongés. Mais les complications de la technique, les interférences des disciplines, le chevauchement des problèmes, réclament une organisation, surtout dans les temps difficiles que nous vivons. Mon ami Tzanck a déjà émis une opinion analogue, je l'approuve et vais peut-être plus loin encore dans cet ordre d'idées.

Comme il serait désirable que des groupements fussent constitués : cliniciens des différents secteurs de la pathologie médicale, physiologistes, chimistes, physiciens, anatomo-pathologistes, sérologues, microbiologistes, généticiens, s'associeraient les uns ou les autres avec nous pour envisager, sous l'angle des différentes formations scientifiques, les problèmes mis à l'étude.

Le champ est vaste. Des sujets s'imposent pour être l'objet d'investigations systématiques et de travaux à horizon étendu.

Ainsi, serait compensé ce que les nécessités de la spécialisation apportent de limitatif à notre optique.

Je suis trop individualiste pour aimer le dirigisme, fut-ce celui introduit dans la science; mais il y a loin de procédés teintés de totalitarisme à l'idée qu'il serait souhaitable d'accomplir certaines recherches nouvelles dans un ordre défini et après un choix judicieux.

Pourquoi n'aurions-nous pas, adjoint au Comité de Direction, une manière de Conseil scientifique élargi par l'entrée de personnalités formées aux divers aspects de la pensée biologique.

On discuterait avec ces collègues d'un programme d'études qui seraient ensuite exposées en séances exceptionnelles, selon le plan dont mon ami Touraine fut l'excellent initiateur. Des collaborations se noueraient sur des points précis, les possibilités des différents laboratoires seraient mises à la disposition des cliniciens qui participeraient à cet effort de groupe.

Je vous soumets mes chers collègues ce projet. A vous de dire si vous le croyez réalisable et s'il faut en envisager les modalités d'adaptation.

* * *

L'essentiel dans les circonstances présentes est de maintenir le renom de la science française. Il faut pour cela se concentrer, se recueillir, s'épauler mutuellement, besogner avec opiniâtreté. L'esprit viendra toujours visiter celui qui le mérite.

Pour soutenir votre effort dans tous les domaines de la vie intellectuelle, vous, les jeunes, méditez cette pensée de Marc Aurèle : « Si tu trouves qu'une chose est difficile à exécuter, ne suppose pas que c'est impossible à l'homme; ce qui est possible et naturel à l'homme, crois toujours que tu peux y atteindre toi aussi ».

Retenez donc de mes propos, avec mon remerciement, ma méfiance de la publication facile et hâtive, mon exhortation au travail personnel, original, organisé et suivi.

Maintenant, invoquons les dieux tutélaires, Saint-Louis notre bon patron et Vénus au perfide coup de pied, puis mettons-nous tous ensemble à la tâche.

Messieurs, la séance continue.

PRÉSENTATIONS DE MALADES

Traitement du granulome annulaire guéri par les injections d'histamine. Discussion pathogénique, par MM. H. Gougerot et A. Carteaud.

Cette malade, n° 146.492, 25 ans, rebelle à de multiples thérapeutiques, a été guérie en six semaines complètement par des scarifications bi-hebdomadaires des lésions, suivies de massages avec une pommade histaminique.

Cette thérapeutique a été essayée en considérant que les résultats heureux des biopsies faites sur les granulomes annulaires, pouvaient être la conséquence d'une décharge d'histamine locale. Déjà, en 1942, l'un de nous avait traité deux malades avec des injections « intradermiques » d'histamine dans les nodules. Les deux malades ont été améliorées d'une façon considérable, dès la cinquième injection pour l'une, et la quatrième pour l'autre. Malheureusement, nous n'avons pas su si cette presque guérison s'est maintenue, car les deux malades provinciales n'ont pas répondu à nos demandes de renseignements. Ces injections intradermiques

étant très douloureuses et difficiles à faire dans l'épaisseur des nodules, nous avons préféré, dans ce troisième cas, des scarifications.

Cette malade, n° 146.492, a, le 19 février 1946, des lésions typiques de granulome annulaire, à la face dorsale des première et deuxième phalanges de l'index, de l'annulaire droit, et de l'auriculaire gauche et un très bon état général.

De février 1946 à juillet de la même année, elle a été traitée par une série de 20 injections d'antigène méthylique dilué. Cette première série a considérablement amélioré la malade, mais en février 1947, les lésions sont revenues identiques à celles de février 1946, et ceci malgré une deuxième série d'antigène pur. De plus, en septembre 1946, est apparu un granulome annulaire du tendon d'achille gauche. Quinze auto-hémothérapies restent inefficaces, de même qu'en avril 1947, une cure de 15 jours de 4 grammes de salicylate de soude.

Au contraire, en mai 1947, le traitement local par l'histamine a amélioré les granulomes dès la deuxième séance de scarifications et plus nettement encore à la troisième séance, la résorption est complète en quelques jours et se maintient depuis lors. L'évolution dira si la guérison est durable.

Cette thérapeutique qui semble nouvelle est facile. Elle soulève une discussion pathogénique : si l'on admet que le granulome annulaire est une allergide, on peut supposer que les très petites doses injectées d'histamine provoquent une réaction de défense complexe et notamment la production d'anti-histamine qui amènent la guérison de ces granulomes.

Traitement du pemphigus et de la dermatite polymorphe douloureuse par l'abcès de fixation, par MM. H. Gougerot et Vissian.

Dans la séance du 12 juin, nous avons présenté trois malades et les heureux effets de l'abcès spontané et provoqué (abcès de fixation). L'évolution de ces trois malades mérite d'être rapportée.

La première, n° 148.180, atteinte de dermatite polymorphe douloureuse de Brocq-Dühring était jusqu'à la fin de juin, blanchie; elle était en arrêt de traitement. Or, le 28 juin, elle a deux petites bulles au mollet gauche et le 30 juin, au même mollet une petite bulle de 5 millimètres et une plus grosse d'environ 15 millimètres. Aussitôt, ce même 30 juin, on commence un abcès de fixation par l'injection de 1 cm³ 5 de térébenthine qui ne donnera qu'une réaction minime, la température maxima ne dépassant pas 38°4 le 2 juillet, et elle a, le 2 juillet, trois petites bulles à la fesse gauche et le 5 juillet trois petites bulles à la même fesse (1).

Les deuxième et troisième malades étaient atteintes de pemphigus végétant.

La deuxième, n° 146.979, commençait une récidive depuis le 7 juin lorsque nous l'avons présentée le 12 juin. Ces placards sont restés stationnaires, mesurés tous les jours, et aux dimensions de 10 × 20 millimètres encore le 10 juillet.

Il est intéressant de noter, comme chez une malade antérieure, qu'autour de l'incision de l'abcès de la cuisse, s est développé un large placard de pemphigus végétant de 70 × 20 millimètres, le 30 juin; abcès provoqué le 14 mai et incisé le 28 mai. Ce placard de pemphigus végétant post-opératoire régresse rapidement, peut-être sous l'influence du moranyl qui a été recommencé le 23 juin. Elle n'a pas répondu à nos demandes de nouvelles.

La troisième malade, n° 147.841, incisée de son premier abcès le 13 juin, continue sa récidive indiquée le 12 juin qui s'accentue au pli inguinal droit et au maxillaire droit (de 10 × 15 millimètres environ). On refait donc un deuxième abcès de fixation le 21 juin qui détermine jusqu'à 40°5 le 23 juin et qui ne s'apaise que le 28 juin lors de l'incision de ce deuxième abcès. La fièvre recommence à 40°4 le 4 juillet, et 39°9 le 5 juillet, l'abcès de fixation se drainant mal. Il est à remarquer que le 23 juin, en pleine poussée dermique, sont apparues des lésions de pemphigus végétant ponctué dans le pli sous-mammaire droit.

(1) A la correction des épreuves, fin octobre, elle restait guérie.

Le moranyl est recommencé le 30 juin et continué depuis lors. Les lésions de l'aine s'améliorent nettement depuis le 25 juin et les lésions sous-mammaires depuis le 4 juillet, le jour de la montée dermique à 40°4.

Ce 10 juillet, l'ensemble est « blanchi », les immenses placards « guéris » restant fortement pigmentés.

Chez cette malade, est-ce l'abcès qui est efficace ou est-ce la fièvre, comme l'avaient déjà noté Terrien, Gougerot et Hassoun; mais on peut remarquer que l'abcès est actif, même quand il donne peu de fièvre.

En résumé, c'est l'abcès thérapeutique qui nous semble le plus efficace; malheureusement son action est peu durable. Il faut donc étudier si la répétition de ces abcès, l'association de pyrétothérapie et l'adjonction d'autres thérapeutiques du pemphigus, surtout du moranyl, ne donneront pas de meilleurs résultats.

En octobre elle a récidivé.

Erythrodermie vésiculo-œdémateuse et squameuse aurique. Guérison spectaculaire en 48 heures, sans traitement général, par H. Gougerot et L. Vissian.

Cette malade, n° 148.910, 65 ans, doit nous inciter à la prudence dans nos conclusions thérapeutiques. En effet, elle a, le 4 juillet 1947, une érythrodermie vésiculo-œdémateuse et squameuse généralisée typique intense, avec mauvais état général, mais sans fièvre, qui a débuté au commencement de juin; la malade a reçu, pour rhumatisme chronique déformant, une dose totale d'or de 80 centigrammes, de la fin mars au début de juin.

Le 4 juillet, la malade n'ayant pas de fièvre, nous commençons par un traitement local : pommade salicylée à 3 o/o. A notre grand étonnement, le 6 juillet, donc en 48 heures, l'érythrodermie est presque guérie : œdème, vésicules, desquamations ont disparu; il ne reste qu'un peu de rougeur et une légère desquamation qui étaient intenses de la face et des mains, comme dans un eczéma léger. Le contraste est saisissant, et nous avouons que, si le 4 au soir, nous avions ordonné une médication générale : sulfamides, pénicilline, anti-histamines, ou autres, nous aurions crû à une guérison spectaculaire par ces médicaments.

Cellulite sclérodermiforme extensive bénigne survenue à la suite d'une scarlatine, par MM. Pasteur Vallery-Radot, Paul Milliez, Michel Rathery.

La sclérodermie aiguë de Hardy ou sclérœdème de Busche dont Touraine a repris récemment l'étude sous la dénomination de cellulite sclérodermiforme extensive bénigne est exceptionnelle. Nous avons eu l'occasion d'en observer récemment un cas.

Mlle X..., âgée de 16 ans et demi a présenté au milieu du mois de mars 1947 une scarlatine, suivie de desquamation cutanée à larges lambeaux. A la fin du mois d'avril 1947, un gonflement et un épaississement de la nuque et du cou sont apparus progressivement, gênant bientôt les mouvements de latéralité de la tête. Puis furent envahis, en une douzaine de jours, la ceinture scapulaire, les membres supérieurs, la partie haute du thorax, enfin l'ensemble des téguments, mais à un degré moindre. Cette infiltration ne s'est accompagnée d'aucune augmentation pondérale, d'aucune éruption cutanée, mais de douleurs articulaires et de fièvre. Le diagnostic de néphrite scarlatineuse fut envisagé, mais jamais il ne fut trouvé d'albumine et le régime déchloruré fut inefficace.

Lorsque nous voyons la malade, nous constatons une infiltration dure, dermo-hypodermique, qui nous fait tout de suite envisager une sclérodermie. L'infiltration prédomine à la face, qui a un aspect figé, sans expression, à la région cervicale, d'où une raideur avec limitation des mouvements de la tête, sur le tronc, enfin au thorax et aux membres supérieurs. Les seins sont saillants, gonflés et durs. Les membres supérieurs ont un aspect cylindrique. L'infiltration existe sur les mains, l'abdomen, les fosses lombaires, ainsi que sur les membres inférieurs, mais elle est, en ces régions, beaucoup moins accentuée.

La surface de la peau est normale à l'inspection. Il n'existe ni pigmentation, ni atrophie localisée, mais la palpation donne l'impression d'une infiltration dure, dense et rénittente, qui occupe le derme et surtout l'hypoderme. On ne peut plisser la peau, particulièrement sur le front et sur les seins. La pression du doigt ne peut déterminer un godet. Il n'y a pas de limite nette entre les régions très infiltrées et les zones peu atteintes. Il n'existe de douleurs ni spontanées, ni provoquées. La malade n'a pas de prurit. Les phanères sont normaux. On ne constate aucun trouble de la sécrétion sudorale. On ne note aucune perturbation de la sensibilité objective. Les muqueuses sont indemnes. L'état général est excellent. La malade n'est plus fébrile. Le syndrome douloureux articulaire a complètement disparu.

Cholestérol	1 gr. 45
Protides	82 gr.
Sérine	50 gr.
Globuline	32 gr. 60

Il s'agit donc d'un cas de cellulite sclérodermiforme extensive, apparue à la suite d'une infection scarlatineuse.

Parapsoriasis en plaques conjugal, par MM. R. Degos, Et. Lortat-Jacob et P. Bouygues.

A titre de curiosité nous présentons à la Société un parapsoriasis en plaques conjugal, dont le diagnostic est indiscutable. L'affection a débuté chez le deuxième conjoint cinq ans après l'atteinte de l'autre conjoint.

Observation I. — W... J., âgé de 50 ans, est atteint d'une dermatose qui persiste depuis 6 ans. Les placards qui la constituent sont apparus successivement, mais une fois établies les lésions demeurent sans changement.

Les premiers éléments ont été constatés par le malade en 1941 dans un camp de prisonniers en Allemagne. Ils siégeaient à la face interne des cuisses et étaient prurigineux. Le prurit a cessé par la suite et les nouveaux éléments n'occasionnaient aucune sensation subjective.

L'éruption a tous les caractères cliniques d'un parapsoriasis en plaques. Elle est formée de nombreux placards prédominant aux membres, de forme variable, souvent digitiformes, allongés et obliques. Leur couleur est rose jaunâtre. Leur surface est à peine squameuse. Il n'y a aucune infiltration (*Photo Musée Hôp. St-Louis*, n° 29.423).

L'examen histologique montre un épiderme dans l'ensemble peu modifié et le tracé de la basale est à peu près normal. La surface est couverte de squames orthokératosiques. Le derme papillaire est le siège de nombreuses dilatations capillaires et les vaisseaux sont entourés d'un infiltrat lympho-histiocytaire.

Aucune manifestation pathologique n'a été constatée en dehors des lésions cutanées. Rien ne mérite d'être retenu dans les antécédents. Le malade avait subi un amaigrissement de 23 kilogrammes lors de sa captivité qui coïncide avec le début de la dermatose. Les réactions sérologiques sont négatives.

Obs. II. — W... M., femme du précédent, âgée de 51 ans, constate pour la première fois en juillet 1946 des plaques roses sur les bras. De nouvelles lésions cutanées apparaissent successivement sur les cuisses, le tronc, les jambes. Les placards persistent sans changement.

L'éruption est constituée par des plaques roses, un peu jaunâtres, légèrement squameuses, les unes ovalaires, les autres à contours irréguliers, certaines digitiformes, allongés obliquement. Les taches sont souples sans aucune infiltration. Elles sont parfois légèrement prurigineuses. L'aspect clinique est celui d'un parapsoriasis en plaques (*Photo Musée Hôp. St-Louis*, n° 29.425/426).

L'examen histologique montre dans les couches épidermiques plusieurs plages d'exosérose avec exocytose. Dans le derme, il existe de grandes dilatations capillaires entourées d'infiltrats lymphocytaires.

Pas d'antécédents pathologiques. Ménopause coïncidant avec l'apparition des lésions cutanées. Sérologie négative.

Epithéliomas atrophiques cicatriciels de la langue, par MM. R. Degos, Et. Lortat-Jacob, B. Duperrat et O. Delzant.

Les épithéliomas plans cicatriciels, si fréquents sur le revêtement cutané, ne sont pas observés sur les muqueuses, ou tout au moins ils n'y ont pas été décrits. Nous avons eu l'occasion d'observer successivement deux malades porteurs de lésions atrophiques cicatricielles de la région médiane du dos de la langue, ne succédant pas à des ulcérations apparentes, et dont un examen histologique a révélé la nature épithéliale. Ces cas sont absolument superposables, et, avertis par le premier malade, nous avons soupçonné la nature de la deuxième lésion par l'aspect clinique.

Observation I. — L... M., 45 ans, a été traité à l'âge de 28 ans pendant 4 ans pour une syphilis primaire de la verge présérologique. Cette syphilis ne s'est manifestée ultérieurement par aucun signe clinique, ni sérologique.

En juillet 1946, le malade se plaignant de quelques sensations de brûlure sur la langue va consulter un médecin qui constate une petite plaque rouge et dépapillée.

Cette plaque se serait très rapidement étendue depuis fin octobre 1946. Nous voyons le malade pour la première fois le 23 novembre 1946. La lésion siège au centre de la face dorsale de la langue. Vaguement ronde, elle mesure 20 millimètres × 20 millimètres. Elle est atrophique, cicatricielle, nettement déprimée. Ses bords sont nets, mais irréguliers. L'aspect rappelle celui d'une ulcération dont le fond serait épidermisé ; il existe cependant trois minuscules ulcérations punctiformes sur cette plage cicatricielle. Le reste de la langue est normale ; il n'y a pas de leucoplasie. La palpation fait percevoir une induration scléreuse superficielle. Il n'y a pas d'adénopathie sous-maxillaire perceptible, mais on constate deux petits ganglions mobiles sur la chaîne carotidienne droite.

L'examen général ne montre rien de particulier. Les réflexes sont normaux. Il n'y a pas de signes d'aortite. Les réactions sérologiques sont négatives.

L'examen histologique de la lésion enlevée en totalité montre un aspect de la muqueuse franchement tumoral. L'épithélium pousse en profondeur des prolongements massués dont la basale est nette mais dont les éléments constitutifs sont fortement tassés les uns contre les autres, chromophiles, munis de noyaux de taille variable et souvent monstrueux. A une extrémité de la coupe, la basale est franchie et des petits boyaux commençent à s'insinuer dans la sous-muqueuse.

L'ablation biopsique, large et profonde est suivie d'une régénération normale. La lésion a totalement disparu, et il ne persiste qu'une plage rose, lisse, dépapillée, à peine déprimée, sans induration sous-jacente.

En juin 1947, six mois plus tard, deux petites saillies verruqueuses, de la taille d'une tête d'épingle, sont observées au centre de la plage résiduelle. Une nouvelle biopsie n'a pu être pratiquée, le malade n'ayant pas répondu à nos convocations.

Obs. II. — F... M., 52 ans, sans antécédent particulier ; vient nous consulter le 11 janvier 1947 pour une lésion de la face dorsale de la langue qui se serait développée depuis deux mois. Cette lésion siège à la partie médiane de la face dorsale de la langue, en un point qui se situerait à peu près à la pointe antérieure d'une glossite losangique, donc plus antérieure que ne l'est habituellement celle-ci. Elle est vaguement ovalaire, à grand axe transversal, et mesure 12 millimètres de large et 6 millimètres de long. Ses bords sont nettement arrêtés, mais irréguliers, un peu étoilés avec des petits prolongements dendritiques. Il n'y a pas de bourrelet périphérique. La surface est déprimée, de coloration blanche, légèrement chamois, lisse, d'aspect cicatriciel. La palpation ne montre pas d'induration ; le doigt tombe dans une zone déprimée plutôt molle. Il n'existe pas d'autre modification de la langue. Il n'y a pas d'adénopathie.

L'examen somatique ne révèle aucun signe pathologique. Les réactions sérologiques sont négatives. Le liquide céphalo-rachidien est normal si ce n'est une leucocytose à 5 éléments par millimètre cube.

L'examen histologique d'un fragment prélevé sur le bord de la lésion montre une structure surtout fibreuse. La sous-muqueuse est le siège d'une sclérose dense et compacte qui étouffe les éléments épithéliaux. Ceux-ci présentent les mêmes caractères tumoraux que ceux de la coupe de l'observation I.

En juillet 1947, six mois plus tard, la lésion linguale s'est peu modifiée. Cependant, la palpation fait percevoir une très légère induration scléreuse superficielle, qui n'avait pas été notée au premier examen. Un petit ganglion est constaté depuis mars sous le rebord maxillaire gauche.

Un cas de maladie de Darier généralisée avec atteinte de tout le visage (forme léontiasique), par MM. Yves Bureau et Barrière.

Le malade que nous présentons aujourd'hui est atteint d'une maladie de Darier, dont l'intensité est tout à fait inhabituelle c'est ce qui a motivé notre présentation.

Observation. — Sujet de 43 ans, de bonne constitution générale en dehors de sa dermatose et d'une bonne santé habituelle : il n'a présenté aucune affection particulière de l'état général. Marié et père d'un enfant vivant, bien portant. D'une bonne intelligence il ne présente aucun trouble nerveux. Ses parents ont également atteint un âge assez avancé, sans avoir jamais eu de maladies particulières. Trois frères et une sœur, tous en bonne santé. Spécialement, l'interrogatoire permet de préciser l'absence de toute dermatose chez les parents et les collatéraux de ce malade.

La maladie a débuté vers l'âge de 12 ans par des taches pigmentées « des taches de rousseur » dit le malade, sur les jambes; puis progressivement et assez lentement pendant les premières années, la dermatose s'est étendue ensuite sur les avant-bras et a atteint le menton vers l'âge de 19-20 ans; mais à cette époque, le malade précise qu'il n'a pas présenté d'acné sur le visage. Par suite, le tronc a été atteint à son tour. A aucun moment de son évolution, la dermatose ne s'est accompagnée de phénomènes subjectifs, notamment pas de prurit.

A l'heure actuelle, la dermatose est généralisée atteignant la face et le cuir chevelu; le tronc, les membres et les extrémités.

Le visage attire d'emblée l'attention. D'une part, il est le siège d'une teinte rouge diffuse, d'un rouge un peu terne et relativement peu accentué, et d'autre part, les plis et les rides de la peau sont extrêmement exagérés et donnent en particulier sur le front, un aspect mamelonné, d'aspect cérébriforme. Au niveau des pommettes, sur cet aspect, se greffe une hyperkératose irrégulière et l'ensemble a ainsi une allure vermoulue, rappelant un tronc de vieil arbre; de plus la pression dans cette zone fait sourdre, par différents orifices à la fois, des petites gouttelettes de sébum et ce phénomène se reproduit de façon constante, précise le malade. Sur le dos du nez, même aspect un peu végétant avec de petites dépressions, l'ensemble rappelant l'acné vermoulante. Au menton, de petites papules mamelonnées conglomérées forment à la pointe une houppe tomenteuse, à la manière d'un bouc. A signaler que le processus semble respecter le pourtour des orifices naturels de la face: les paupières supérieures et inférieures sont indemnes, de même le rebord narinaire des lèvres.

Dans le cuir chevelu, on rencontre aussi un tégument rouge et hyperkératosique, mais sans que cette hyperkératose se conglomère en placard. Les cheveux sont indemnes, par contre on note une chute de sourcils dans leur partie externe, d'ailleurs tout le rebord sourcilier est atteint.

Au niveau de la nuque, les lésions sont particulièrement intéressantes : elles sont formées par la juxtaposition de papules cornées de dimension variable, des plus petites de la grosseur d'une tête d'épingle aux plus grosses du volume d'une lentille. Ces papules sont nettement centrées par un poil et la pression fait sourdre le long du poil une matière blanchâtre d'allure séborrhéique. Une ombilication centrale par chute de la masse cornée se fait sur un certain nombre de ces papules. Les sillons rétro-auriculaires et le pavillon de l'oreille sont également le siège de lésions papuleuses, d'aspect très proche de celles de la nuque, de plus sur le pavillon on rencontre quelques petites excoriations linéaires.

Sur le tronc, les lésions sont étendues de façon diffuse, mais prédominant cependant dans la zone médio-sternale et la région ombilicale. Le tégument y est rouge et sur cette rougeur se distinguent de nombreuses papules cornées, de taille un peu variable, la couche cornée qui la recouvre est adhérente (il n'y a pas de desquamation spontanée) et elle est d'une teinte jaune brunâtre ou légèrement rougeâtre. Les lésions sont plus accentuées autour des mamelons. Sur le dos, même

topographie diffuse de l'éruption, avec prédominance le long de la gouttière vertébrale.

Aux bras les lésions prédominent aux faces d'extension mais les coudes sont respectés. L'aspect général y est très proche d'une maladie de Darier : placards formés par la conglomération de papules cornées à topographie folliculaire, mais cependant il y manque l'aspect gris sale ordinaire de cette affection, la teinte reste rouge. De plus, les aisselles et les coudes sont relativement indemnes.

On retrouve sur le dos des mains quelques papules hyperkératosiques, disséminées sans ordre et quelques petits éléments du même type sur la face dorsale de la première phalange, mais ces éléments sont de dimensions miliaires et leur frottement ne donne pas une sensation de râpe comme dans un pityriasis rubra pilaire.

La face palmaire est le siège d'une rougeur et d'une hyperkératose diffuse d'épaisseur modérée avec de petits îlots ponctués, épars sur l'éminence thénar. Des cannelures longitudinales parallèles se rencontrent à tous les ongles.

L'hyperkératose s'accentue notablement aux membres inférieurs, elle forme sur la face antérieure des cuisses de nombreuses saillies cornées, dures et tandis que le genou reste indemne à la jambe elle devient une nappe étendue verruqueuse, dont l'aspect n'est pas sans rappeler certaine hyperkératose ichtyosiforme de type Hystrix. Le membre est ainsi recouvert d'une carapace mamelonnée. Parallèlement aux membres supérieurs, intégrité relative des plis (inguinaux et creux poplités).

A la plante des pieds : hyperkératose importante, d'une teinte jaune plus claire que ne le sont les hyperkératoses type maladie de Meleda et dans le conglomérat de la masse cornée, on reconnait néanmoins qu'elle est faite de la juxtaposition de nombreux petits éléments. Hyperkératose mais légère du bord libre des ongles, avec ébauche aux quatrième et cinquième orteils d'onychogriffose.

Enfin le fourreau de la verge et le scrotum sont le siège de petites lésions cornées assez rares et distinctes les unes des autres mais le gland et le sillon balano-préputial ne sont pas atteints.

De même toute la muqueuse buccale est vierge de toute lésion.

Examen somatique absolument négatif, en particulier pas de gros corps thyroïde, ni de signes cliniques de dysthyroïdie.

Biopsie. — Fragment prélevé au niveau de la nuque :

Au niveau de l'épiderme : golfes pilaires ventrus avec masses cornées exubérantes. Fentes basilaires et surtout corps ronds indiscutables dont on peut suivre la formation au niveau de la couche muqueuse (cellules plus rondes, plus claires qui s'isolent) et l'évolution jusqu'à la couche cornée où ils apparaissent sous forme de grains.

Au niveau du derme : quelques infiltrats lympho-plasmocytaires péri-vasculaires, augmentation importante du nombre des glandes sébacées.

*
* *

Notre observation serait déjà intéressante par la généralisation, contrastant avec l'absence de toute autre dystrophie, association récemment rappelée par Touraine et Coste.

L'absence tout au long de l'évolution de phénomènes vésiculo-bulleux ou pustuleux, sur lesquels de nombreux auteurs ont insisté.

L'absence des lésions muqueuses et d'éléments verruciformes qui font, depuis les publications de Gougerot, partie du tableau clinique.

Mais nous voudrions surtout attirer l'attention sur deux points plus spéciaux qui font l'originalité de cette observation.

Tout d'abord l'aspect du visage :

En effet, nous n'avons retrouvé aucune description comparable à l'allure léontiasique que prend le visage par suite de l'infiltration importante et permanente

des téguments, que viennent encore accuser les dépressions sinueuses représentant les rides normales du front, ce dernier simulant ainsi presqu'une apparence de circonvolution cérébrale. Certes l'atteinte de la face est fréquente et nous l'avons retrouvée dans nombre d'observations, mais elle revêt le plus souvent un aspect typique de papules cornées (dont la caractéristique est par exemple le cas de Photinos qui fut moulé). Ces papules s'étaient agglomérées sur un placard finement papuleux, d'allure eczématiforme dans l'observation de Blum et Bralez et quelquefois les cônes cornés ont pu prendre un aspect de comédons, comme le malade de Krementchousky ou celui plus récent de Joulia et Lecoulant et si chez ces derniers la pression fait sourdre une substance sébacée, il ne semble pas que ce phénomène ait la même ampleur chez notre malade, où il est possible de le reproduire à volonté, de façon diffuse sur les pommettes et sur la nuque (où la biopsie, rappelons-le montre une augmentation importante du nombre de glandes sébacées). Ceci constitue, croyons-nous, grandement à donner au visage, lorsqu'on le détaille de près, un aspect qui ne peut se traduire que par un seul mot : « vermoulu » (cette expression n'a été employée que par Krementchousky pour désigner l'allure prise par la dermatose sur le cuir chevelu de son malade).

Nous n'avons trouvé à rapprocher de notre malade quant à son si curieux faciès, que l'observation II de Darier, publiée dans la thèse de son élève Thibault, signalant que le nez est occupé par une masse saillante, faite d'éléments hypertrophiques et une observation d'Hallopeau, décrivant une tuméfaction considérable de la lèvre inférieure simulant un syphilome.

D'autre part, deuxième point particulier de notre malade :

La teinte de l'éruption :

Contrairement à la teinte gris « sale » crasseuse ou aux taches pigmentaires plus ou moins brunâtres (sur lesquelles ont surtout insisté Milian et Périn) habituelles à la maladie de Darier, notre malade se présente avec une éruption rouge un peu sombre et cette rougeur est généralisée à toutes les zones atteintes ne faisant nulle part défaut. L'aspect du malade s'en trouve profondément modifié, à tel point que, vu en 1925 par M. Brocq, celui-ci hésita entre les deux diagnostics : *Maladie de Darier* ou *Pityriasis rubra pilaire.*

Nous ne saurions mieux marquer jusqu'où porte cette modification de la morphologie éruptive.

Nous n'avons pu mettre en parallèle qu'une observation de la thèse de Thibault où il existait un placard rouge un peu violacé sur les lombes et une coloration rouge grisâtre au niveau des bras, l'observation première de Jame White qui parle de papules « dont la couleur varie du rouge sombre au pourpre » une rougeur semblable est signalée également dans l'observation présentée par Euthyboule (de Constantinople) au Congrès de Dermatologie de Paris en 1899. Enfin, plus près de nous, le cas de Louste et Racine où la dermatose présentait, par endroits, quelques placards érythémato-squameux.

Mais dans tous les cas (sauf l'observation d'Euthyboule) la rougeur n'est qu'un des aspects éruptifs et à côté il existe des zones d'aspect classique qui fixent immédiatement le diagnostic, contrairement à notre malade.

Enfin, si l'agglomération de la papule cornée élémentaire en placard verruqueux est également en fait connue, nous n'avons, non plus, pas retrouvé mention qu'elle ait réalisé une hyperkératose de la même intensité que celle qui siège sur la face antérieure des jambes de notre malade où elle simule de près une hyperkératose ichtyosiforme et serait un argument pour considérer cette observation comme un fait de passage entre la maladie de Darier et les hyperkératoses congénitales, toutes ces observations étant à ranger dans un vaste groupe de troubles congénitaux de la cellule épidermique dans son évolution vers la kératinisation.

COMMUNICATIONS

Etude expérimentale de l'action « in situ » du néosalvarsan (injections dans les surrénales et les trompes utérines), par le Pr Halty.

Ayant eu dans mon service des accidents mortels d'arsénothérapie, j'ai été amené à faire des expériences de contrôle biologique de la nocivité du produit utilisé.

Parmi ces expériences, nous avons été conduits à utiliser la technique de Reilly et Rivalier qui déterminent des accidents mortels par irritation du grand sympathique. Et Rivalier pense que les accidents provoqués par le novar sont plus importants si l'irritation porte sur les terminaisons du sympathique abdominal.

Les expériences dont il va être question ont été faites avec la collaboration du Pr Clément Estable, directeur de l'Institut des Sciences biologiques de Montevideo.

Nous avons fait une série d'injections intraglandulaires de la surrénale gauche sur des lapins, des cobayes et des chiens. Nous avons employé une solution de novar à 10 o/o et les doses injectées ont varié de 0 cm^3 5 à 1 cm^3 3.

Sur 15 lapins injectés, le n° 8 a succombé dans les 24 heures et le n° 2 le 3e jour. Ce sont les seuls accidents immédiats ou précoces que nous avons eus dans cette série. A l'autopsie du n° 8 on constate une distension de tout le tube digestif par des gaz, la vessie était flaccide et le rein, ainsi que les autres organes, avaient une apparence normale. Les surrénales étaient déjà altérées par la putréfaction. Les examens microscopiques sont en cours.

Sur le n° 11, mort le 18e jour, et sur le n° 10, qui succomba un mois après les injections, on a pu constater d'importantes adhérences aux cicatrices opératoires et aussi des divers organes entre eux. Le n° 11 avait en plus une atrophie marquée de la surrénale gauche, tandis que le n° 10 avait une hypertrophie bilatérale des surrénales.

Nous avons perdu encore trois lapins dans un délai de 3 mois et demi, mais à des intervalles différents (1 1/2, 2 1/2 et 3 1/2).

En ce qui concerne les cobayes, nous n'avons pu opérer que sur 6, dont un, le n° 4 a succombé le jour même de l'opération et l'autre, le n° 6, le 2e jour. Sur le premier on a pu observer des hémorragies sous-cutanées et internes, ces dernières pas très abondantes. Le cobaye n° 6 était une femelle avec une grossesse au début et dont l'utérus avait le volume d'un pois chiche. L'examen nécropsique nous a fait voir le tableau d'une péritonite aiguë et un infarctus d'un lobe hépatique. Nous avons constaté aussi des adhérences assez étendues et que l'embryon était résorbé à demi.

Les autres cobayes ont survécu 43, 73, 75 et 80 jours et nous avons observé des adhérences dans tous les cas. La glande surrénale gauche du cobaye n° 3 était hypertrophiée (14 × 6 × 3) tandis que la droite ne mesurait que 12 × 4 × 2. L'altération post-mortem des autres n'a pas permis d'apprécier de lésions imputables à l'injection.

Quatre chiens ont été injectés aussi et tous les 4 ont supporté les infiltrations sans malaises appréciables. L'un d'eux, le n° 4, est mort 2 mois et demi après l'opération, mais la nécropsie n'a pu être faite car la putréfaction était avancée.

Nous avons aussi pratiqué l'injection des cornes utérines chez 8 lapines, utilisant toujours la solution de 10 o/o de néosalvarsan. Aucun accident immédiat ni lointain dans 7 cas, la 8e était grosse et la corne était si fragile que le fil l'a sectionnée. Ligature des deux bouts. Morte le 3e jour avec des épanchements sanguins au ventre.

Dans une autre série d'expériences, nous avons voulu étudier l'intolérance spécifique au novar.

Nous avons vu qu'un certain nombre d'animaux ont pu supporter des infiltrations des glandes surrénales par une solution de novar à 10 o/o et nous avons

pensé que ces animaux étaient tout à fait indiqués pour mesurer leur degré de sensibilisation spécifique.

On sait que Rivalier s'est attaché à établir que l'arséno, par son seul contact avec les rameaux ou terminaison du sympathique était susceptible d'engendrer l'hypersensibilité, et il cite des expériences à l'appui de cette opinion : irritation du plexus rénal gauche d'un cobaye avec 0 mgr. 5 de sulfar et quelques jours après, injection intracardiaque de 1 mgr. 5 de sulfar; 5 minutes plus tard apparition de phénomènes de choc. Des injections intracardiaques antérieures et postérieures à l'injection dans un sac jugulaire, provoquant aussi des phénomènes de choc.

Nous avons donc repris 7 de nos lapins survivants et nous leur avons fait une série de 3 injections intraveineuses de 2 centigrammes par kilogramme chacune. Un mois plus tard, une dernière injection à la même dose.

Un seul lapin est mort après cette 4e injection, la nécropsie nous a fait voir une hypertrophie des surrénales et des adhérences étendues. Aucun incident chez les autres.

Une expérience analogue chez un chien, mais faite dans des conditions beaucoup plus favorables pour provoquer la sensibilisation.

Après une série de 15 injections intraveineuses, 2 fois par semaine, de 2 centigrammes par kilogramme, repos de 2 mois, nouvelle série de 10 milligrammes à la même dose, mais une seule fois par semaine. Sept jours après cette série, infiltration de la surrénale gauche. Un mois et demi après l'intervention, on recommence une 3e série de 5 injections sans qu'aucun accident soit survenu.

En résumé, nous pensons apporter une petite contribution à l'étude expérimentale des accidents d'intolérance.

Nous rappelons que Reilly et Rivalier, par irritation du sympathique, sont arrivés à reproduire chez l'animal des accidents de choc ainsi que certains accidents viscéraux hémorragiques; de plus, Rivalier a réussi, par irritation avec des arsénos, à déterminer les accidents du syndrome secondaire de la chimiothérapie de Tzanck. Il a également réussi à susciter l'état d'hypersensibilité, allant jusqu'à la mort, en inoculant autour des fibrilles sympathiques abdominales, une quantité minime de sulfar, et 15 jours plus tard une injection intracardiaque à dose inoffensive pour un cobaye sain.

D'après les publications de ces auteurs, l'injection d'arsénos dans les surrénales et les trompes utérines, voie la plus sensible pour irriter le sympathique, provoquerait des accidents mortels dans 100 o/o des cas.

Nous avons essayé de reproduire ces expériences dans des conditions similaires, mais nos résultats ont été différents pour ce qui est du pourcentage des accidents.

Par injection surrénale, nous avons eu 2 accidents mortels sur 15 lapins, 2 sur 6 cobayes et 0 sur 4 chiens.

L'injection des cornes utérines de 8 lapines n'a déterminé la mort que d'une d'elles, qui, d'autre part, était grosse.

En ce qui concerne la sensibilisation spécifique par irritation préalable du sympathique par les arsénos, sur 7 lapins survivant à des inoculations surrénales, nous n'avons constaté qu'un seul accident d'intolérance, d'ailleurs mortel.

Mais malgré la discordance des résultats, nous devons faire remarquer que la technique de Reilly et Rivalier est très intéressante, car elle peut déterminer des accidents de choc et d'intolérance sur le lapin, qui est résistant par voie sanguine à de longues séries de hautes doses de novar.

D'autre part, elle permet de constater que la voie sympathique est la plus sensible, car des doses infimes, sont capables de provoquer des phénomènes de choc et d'intolérance de toute gravité.

Les faits dont nous avons fait mention, avec leur variabilité de résultat, ne sont pas cependant, à notre avis, en contradiction avec la théorie sympathique des accidents d'intolérance.

On sait qu'un système nerveux faible est irritable, et que l'excitation d'un secteur se propage à tout le système, et aussi qu'un nerf préalablement excité, exerce une action beaucoup plus intense qu'un nerf non excité.

D'autre part, l'excitabilité anormale peut être sélective, comparable sous ce rapport, pour ainsi dire, aux phénomènes de résonance, ce qui pourrait expliquer la réaction anormale aux excitations banales.

On peut donc supposer que les animaux chez lesquels nous avons déterminé des accidents, avaient leur système sympathique plus irritable, soit par meiopragie constitutionnelle, soit par inflammation de certains secteurs, et que dans ces conditions, leurs réponses aient été excessives ou anormales.

Ainsi, lorsque tout le système sympathique est en état d'hypersensibilité, polyvalente ou spécifique, nous aurons par un excitant approprié, les réactions générales dont le choc serait l'exemple le plus frappant. Et lorsque l'irritabilité est limitée à certains secteurs nous aurons des syndromes variables suivant les cas.

Telle est l'hypothèse de travail que nous nous proposons de confirmer en provoquant une irritabilité préalable, générale ou régionale du système sympathique.

Laissant de côté ces considérations, des faits que nous avons observés, on peut déduire :

1° que les injections surrénales et tubaires peuvent déterminer des phénomènes mortels;

2° que ces accidents ne sont pas constants;

3° que la sensibilisation spécifique préalable du sympathique donne aussi des résultats inconstants;

4° que la voie sympathique est la plus sensible pour provoquer des accidents d'intolérance et que la nocivité des arsénos devrait être contrôlée par cette voie.

Dermite due aux bas nylon, par MM. A. Tzanck et S. Dobkevitch.

Nous avons eu l'occasion d'étudier un cas de dermite due aux bas nylon. L'histoire de cette malade est très simple. Il s'agit d'une femme de 35 ans, qui possède des bas nylon depuis 18 mois, et qui, chaque fois qu'elle les porte, présente une éruption prurigineuse des creux poplités et du dos des pieds. Cette éruption disparaît dès que la malade cesse de porter ces bas. Nous avons pratiqué des tests épicutanés avec les propres bas de la malade : ils ont été franchement positifs.

Fait intéressant, et sur lequel nous reviendrons, cette malade présente également une réaction positive avec le paraphénylènediamine. En l'interrogeant, on retrouve en effet dans son histoire des accidents de teinture.

Les dermites aux bas nylon sont très connues aux États-Unis, où il est plus facile de se procurer ces bas. Cliniquement, ces dermites sont caractéristiques; elles siègent avec prédominance, et parfois exclusivement, sur le creux poplité et sur le dos du pied (se limitant à la région recouverte par le soulier, à l'exclusion des espaces interdigitaux), c'est-à-dire dans des régions où, ou bien la sudation est plus marquée, ou bien l'évaporation est gênée. L'intensité de l'éruption varie du simple érythème prurigineux à l'eczéma vésiculeux et suintant.

L'un de nous a eu l'occasion d'observer une vingtaine de ces cas à New-York, au Skin and Cancer Unit, il y a quelques mois, et de les étudier grâce à la très grande obligeance du Dr Sulzberger et de son assistant le Dr Baer. Il a été possible de pratiquer un très grand nombre de tests avec des échantillons de bas aux différents stades de fabrication. Ces tests ont permis d'éliminer le nylon brut, et l'apprêt, pourtant incriminé dans un certain nombre de dermites par textile. Par contre, ces tests, ont mis en évidence des réactions positives, avec les bas teints d'une part, et certains des colorants utilisés d'autre part. L'agent responsable est donc la teinture.

Or, toutes ces malades, sans exception, réagissaient également à la paraphénylènediamine. Et cependant les teintures utilisées dans la fabrication des bas nylon ne contiennent pas de paraphénylènediamine. Les colorants qui ont déterminé des tests positifs sont des colorants azoïques. Ceux-ci subiraient au contact de l'organisme des transformations qui aboutissent à la formation du groupe des quinones, très voisins de ceux qui seraient responsables des réactions dues à la paraphénylènediamine. Il s'agit donc bien d'une réaction de groupe. On trouvera le détail de ce

travail dans 2 articles publiés en collaboration avec le Dr R. Baer dans le *Journal of Investigating Dermatology*.

Nous voudrions insister sur un autre point : ces recherches n'ont été possibles que grâce à un organisme central, dépendant du Board of Health de Washington, qui s'est entremis auprès des industriels pour obtenir les renseignements et les échantillons nécessaires. On comprend aisément l'utilité d'un organisme officiel de ce genre. Il est souvent très difficile d'obtenir directement les renseignements utiles et de vaincre la méfiance des industriels. Le domaine des dermites artificielles est actuellement énorme; si l'on veut les débrouiller, si l'on veut tirer de la méthode des tests tout ce qu'elle peut donner tant au point thérapeutique que préventif, une liaison et une collaboration étroites entre médecins et industriels sont nécessaires, elles le sont dans l'intérêt de tous.

M. Ch. Flandin. — D'après l'exposé des auteurs, il conviendrait de changer le titre de la communication qui relate non une sensibilisation aux bas nylon, mais une sensibilisation à la teinture des bas nylon.

Il ne s'agit pas là, d'ailleurs, d'un fait nouveau. Mon collaborateur, M. Rabeau, n'a pas eu besoin d'aller en Amérique pour étudier et mettre au point les techniques précises des tests épicutanés et démontrer toutes les sensibilisations de groupes chimiques. Tous ces faits ont été communiqués ici-même depuis longtemps. En donnant aux laboratoires existants le personnel nécessaire, il sera inutile d'envisager les Instituts à la mode américaine qui ne conviennent ni à nos habitudes de travail, ni à nos moyens financiers actuels.

Acanthosis nigricans forme congénitale, fruste, évolutive, par M. L. Hufnagel (d'Agen).

Mme M... est âgée de 58 ans. Elle est venue me consulter en mars dernier pour des plaques pigmentées siégeant à la peau du ventre et du flanc gauche. Elles auraient débuté, il y a quelques années, mais leur accroissement récent a inquiété la malade.

L'aspect général de la peau au premier coup d'œil permet de constater qu'il s'agit en réalité d'un incident au cours d'une dermatose généralisée.

La peau dans son ensemble frappe par sa coloration brunâtre et par une profusion de nævi pigmentaires tubéreux.

La pigmentation est plus accentuée au visage que sur le reste du corps. Le teint du visage est véritablement bronzé comme celui d'un mulâtre. Il est constellé de plusieurs nævi dont la taille varie entre celle d'un petit pois fin et celle d'un gros; leur teinte est noir foncé. La malade dit avoir eu toujours des grains de beauté en grande quantité mais depuis quelques années de nouveaux ont apparu et d'autres ont grossi. Les paupières sont plus foncées que la peau du reste du visage. De plus les paupières supérieures portent de petits papillomes pédiculés.

La peau du cou n'est guère plus colorée que celle du visage sauf à la nuque où la pigmentation est plus accentuée. Le grain de la peau apparaît normal au toucher à la face, à la nuque la peau est rugueuse, d'apparence sale, crasseuse dit la malade désignant d'ailleurs du même terme d'autres régions de la peau. L'état crasseux de la peau de la nuque plus accentué d'ailleurs à l'heure actuelle mais qui semble susceptible de varier d'intensité est dû à l'accentuation de sillons et à l'accusation de papilles cutanées, l'ensemble dessinant à la vue et au toucher la surface d'une fine râpe.

Les aisselles paraissent relativement moins pigmentées et ce n'est qu'à un examen plus attentif qu'on découvre une légère papillomatose. Les mêmes caractères plus accusés se retrouvent à la peau des deux coudes.

La peau du corps est claire dans son ensemble. A la partie supérieure les deux mamelons se détachent par leur couleur presque noire et par un état papillomateux accentué de l'aréole. La région sous-ombilicale est plus colorée, elle est de plus parsemée d'excroissances pigmentées rugueuses au toucher. La malade a subi il y a

9 ans une hystérectomie abdominale et autour de la cicatrice de couleur brunâtre on trouve un semis de papillomes rugueux pigmentés et dont le diamètre varie entre celui d'une tête d'épingle et un petit pois.

Les plaques pigmentées qui ont attiré l'attention de la malade sont au nombre de cinq.

De dimensions variant entre celle d'une pièce d'un et de deux francs, irrégulières de forme elles ont une couleur brun foncé non uniforme. Un examen attentif permet de constater en effet des zones claires au sein de la plaque. Elles sont rugueuses au toucher du fait de minimes excroissances cornées. Électrocoagulées, elles ont laissé des cicatrices de teinte rouge brun jambonné. L'une d'elles a été prélevée au bistouri électrique pour fin de biopsie dont nous rapportons les constatations dues à l'obligeance du Dr Chatellier :

« Acanthose sur toute l'étendue des coupes, accompagnée d'une papillomatose et d'une infiltration d'intensité variable dans le derme superficiel.

Surcharge pigmentaire de la basale, distribuée irrégulièrement sur les bourgeons épithéliaux et inversement proportionnelle à l'infiltration du derme. Peu de pigment dans le derme.

Sur l'un des fragments, il existe une vésiculation superficielle de l'épiderme et un aspect qui rappelle un peu la dysplasie verruciforme.

Quelques figures éparses qui feraient penser à des grains de dyskératose et quelques noyaux bourgeonnants ».

Les muqueuses buccale, génitale et anale sont intactes.

Mme M... est mariée et n'a jamais été enceinte. Sa santé générale est bonne et a toujours été satisfaisante. La dermatose dont elle est atteinte date dès sa naissance. Le médecin présent à l'accouchement aurait paraît-il déclaré qu'il n'avait jamais vu un nourrisson avec un ventre aussi noir.

La pigmentation très diffuse dans les premières années de la vie — on disait qu'elle était noire comme une botte — s'est atténuée plus tard vers l'âge de 16 ans. Le cou à cette époque était pourtant encore très foncé.

La pigmentation s'est de nouveau accentuée à la ménopause en même temps qu'ont commencé à apparaître de nouveaux nævi pigmentaires.

Il s'agit donc en somme d'une forme congénitale de l'acanthosis nigricans, forme rare dont Miescher a publié un cas familial chez un frère et une sœur.

Jusqu'ici l'évolution de la dermatose paraît bénigne comme dans les autres formes d'acanthosis juvénile à laquelle se rattache notre observation. Les poussées et les accalmies que présente la dermatose chez notre malade ont été fréquemment signalées mais elles obligent ici de réserver le pronostic surtout du fait de l'accentuation et du développement de lésions depuis la ménopause.

Au point de vue pathogénique notre observation appuie la thèse de l'origine congénitale de l'acanthosis sur laquelle a insisté M. Touraine et qu'il rattache à un état constitutionnel : polyplastose congénitale.

La longue et lente évolution de l'affection, les poussées évolutives intermittentes, le caractère fruste de l'ensemble de manifestations morbides sont en faveur d'un trouble fonctionnel physiologique, glandulaire ou nerveux, héréditaire peut-être (Touraine) qu'admettent les diverses théories sur l'origine et la pathogénie de l'acanthosis nigricans.

Epithélioma aigu de la lèvre inférieure, par M. L. Hufnagel (d'Agen).

Le cancer aigu de la peau est signalé depuis quelque temps avec une certaine fréquence. Aussi croyons-nous utile de rapporter une observation de cette modalité de l'épithélioma.

M. V..., âgé de 38 ans, contremaître dans une usine, nous fut adressé par le Dr Lajugie de Fumel, en avril dernier. En réalité le conseil d'aller voir un spécialiste lui avait été donné il y a plusieurs mois, et à maintes reprises, mais le malade l'a négligé jusque-là ; seul l'accroissement continu et inquiétant de la lésion l'a décidé de venir nous voir.

A l'examen on constatait l'existence d'une tumeur siégeant sur la lèvre infé-

rieure plus près de la commissure gauche que de la ligne médiane. Faisant une saillie marquée sur le plan de la muqueuse, dépassant légèrement la largeur de la lèvre, à bords assez accentués la tumeur était couverte d'une croûte épaisse adhérente à la muqueuse et faisant corps avec elle. La palpation montrait une induration presque caractéristique d'une tumeur maligne. L'exploration de régions sous-maxillaires décelait de chaque côté l'existence de petits ganglions mobiles et non sensibles. Le malade affirmait qu'avant son accident à la lèvre et depuis fort longtemps il connaissait chez lui cette adénopathie.

Le début de la lésion remonte exactement à un an. Un jour en se rasant il s'est blessé à la lèvre. Il a nettoyé la petite plaie avec de l'eau oxygénée et il l'a couverte avec du papier à cigarettes. Mais la plaie ne se fermait pas et à sa surface est apparue une petite croûte. Peu à peu la lésion s'est accentuée pour arriver à son état actuel.

Deux ou trois mois après l'accident M. V... est allé consulter le Dr Lajugie. La lésion a dû inquiéter le praticien puisque celui-ci a renouvelé à plusieurs reprises au malade l'avis de ne pas négliger son accident.

Il est très vraisemblable que dès cette époque il s'agissait d'un cancer compliquant le traumatisme initial peut-être même presque d'emblée comme dans le cas de MM. Touraine et Rouzaud.

Ajoutons qu'à notre premier examen nous avons trouvé la muqueuse labiale partout ailleurs normale, mais que le malade précise que depuis sa jeunesse il avait toujours les lèvres sensibles et qu'après une partie de pêche ou de chasse, c'est-à-dire après s'être exposé au grand air il avait les lèvres sèches et gercées.

Nous avons procédé à une très large électrocoagulation de la tumeur dépassant d'au moins de trois millimètres les bords de la tumeur. La plaie opératoire est à l'heure actuelle en voie de cicatrisation qui progresse normalement. Notons toutefois que depuis l'intervention et peut-être sous l'influence de pansements, la muqueuse labiale paraît irritée dans le voisinage, avec par place l'apparition de squames, sans qu'on puisse parler de lésions de cheilite sur lesquelles MM. Touraine et Rouzaud ont attiré l'attention en 1941.

Nous avons demandé aussitôt après l'intervention à notre confrère radiologiste à Agen, le Dr Bousquet de faire une radiothérapie intense de régions sous-maxillaires.

Jusqu'à maintenant on n'assiste pas encore à une réduction de volume de ganglions. Nous hésitons de laisser là les choses et nous pensons de demander au chirurgien de compléter le traitement radiothérapique par un curage ganglionnaire.

Voici enfin, les détails de la biopsie communiqués par le Dr Chatellier :

« Papillome corné en dégénérescence épithéliomateuse. Sur les deux tiers de fragments papillomatose intense avec parakératose, faux globes cornés, inflammation chronique. Sur deux morceaux même aspect mais dans le derme bourgeons d'épithélioma atypique dont quelques-uns difficilement reconnaissables au milieu de la réaction inflammatoire ».

Et le Dr Chatellier d'ajouter : « à cet âge et si vite, c'est de mauvais augure ». On ne peut que partager cet avis de l'anatomopathologiste.

MM. Touraine et Rouzaud ont rapporté en 1941 à la Société une observation de cancer suraigu de la lèvre après brûlure par cigarette. Le cancer de la peau et des muqueuses après brûlure apparaissent beaucoup plus fréquents que ceux consécutifs à un traumatisme coupant. L'influence du goudron du tabac n'intervient plus ici. Aucun autre facteur étiologique prédisposant n'est à signaler chez notre malade, pas de syphilis dans les antécédents, à moins qu'on veuille attacher de l'importance à la labialite légère et intermittente à laquelle est sujet le malade.

Epithélioma spinocellulaire suraigu inflammatoire de la joue, par M. L. Hufnagel (d'Agen).

Mme L..., âgée de 52 ans est venue nous consulter le 23 juin.

Elle portait à la joue gauche à trois centimètres de la commissure labiale une petite ulcération de dimensions d'une pièce de 50 centimes. Arrondie, rougeâtre à bords nets, non infiltrée elle évoquait d'emblée le diagnostic d'un épithélioma.

Contrastant avec les dimensions réduites de la lésion cutanée il existait une énorme tuméfaction de toute la région sous-mentonnière et une saillie moins accentuée mais visible à l'œil de ganglions de la région cervicale avoisinante.

A la palpation les masses ganglionnaires étaient à peine douloureuses, dures, peu mobiles et non limitées.

Léger mouvement fébrile 37°-38°.

La lésion de la peau de la joue a débuté dans les premiers jours du mois de juin, l'adénopathie l'a suivie à quelques jours près. La malade a pensé à un furoncle qu'elle aurait contracté près de sa fille atteinte d'impétigo. Tel était aussi l'avis du médecin consulté le 9 juin qui a mis en garde la malade contre la possibilité d'un phlegmon du cou.

Nous avons prélevé quelques fragments au niveau de la lésion cutanée et électrocoagulé largement l'ensemble sous anesthésie locale. Nous croyons utile d'insister sur le fait que lors de notre premier examen il n'y avait à la peau de la joue aucun signe d'inflammation, pas de rougeurs environnantes, pas de sensibilité à la pression.

Nous avons ensuite soumis la malade à une cure de pénicilline, 200.000 U. par jour, dose totale 1.200.000 U.

Dès le deuxième jour de la cure les masses ganglionnaires se sont affaissées et réduites accusant des contours nets et réguliers au niveau de la masse sous-mentonnière. A la fin de la cure on constatait une masse ganglionnaire dure et mobile de volume d'une châtaigne sous le menton, dans la région cervicale l'engorgement ganglionnaire a disparu. Une palpation attentive permettait toutefois de déceler un petit ganglion mobile au-dessous et en dedans de l'angle de la mâchoire.

L'évidement ganglionnaire sous-mentonnier et cervical a été décidé d'un commun accord avec le Dr Champagne qui va opérer la malade.

La réponse du Dr Chatellier après examen de la biopsie fut : épithélioma spinocellulaire à globes cornés. Pas de lésions d'inflammation.

Deux notions se dégagent de l'observation que nous rapportons. Caractère aigu et même suraigu de l'évolution de l'épithélioma. Le cancer s'affirme non plus en quelques semaines ou mois comme dans les observations rapportées par M. Touraine, mais en quelques jours.

Début par une lésion inflammatoire qui n'a d'ailleurs pas persisté au niveau de la peau et a pris rapidement les caractères d'un épithélioma banal. Les signes d'infection s'accentuent et évoluent au niveau de ganglions où ils ne cèdent qu'à la pénicilline, laissant ensuite une métastase ganglionnaire tumorale spécifique.

MM. Gougerot, Moure et Cartaud ont insisté déjà sur l'infection secondaire rapide accompagnant certains cancers de la peau.

Dans le cas présent si l'on admet comme point de départ une lésion infectieuse banale celle-ci semble pouvoir jouer dans la genèse de l'évolution d'un cancer aigu le même rôle qui revient dans d'autres circonstances à une brûlure par une cigarette, ou une goutte de goudron chaud.

Xeroderma pigmentosum, par M. L. Hufnagel (d'Agen).

Il s'agit d'un homme âgé de 40 ans. Dès son enfance, il a présenté des altérations de la peau du visage. Nous l'avons examiné pour la première fois en juin 1942 où il nous fut adressé par le Dr Serbat de Port-Sainte-Marie. Dans l'ensemble les lésions de la peau présentent encore maintenant les caractères que nous avons trouvés lors du premier examen en dehors de certaines cicatrices mutilantes. En effet depuis 1942, nous avons été obligés de procéder à des électrocoagulations pour des épithéliomas qui survenaient sur le fond de l'affection.

Les lésions siègent au visage et au dos des mains. Au visage l'action de la lumière apparaît d'une façon frappante. Un tracé net comme à la pointe d'un crayon limite la région du front où la peau est blanche, claire et nette, comme l'est d'ailleurs la peau du reste du corps et qu'on pourrait qualifier de peau de blond. Ce tracé dessine dans l'ensemble une ligne passant par le sillon auriculo-temporal, le rebord cutané de l'orbite et la racine du nez.

Signalons toutefois sur la peau du front du côté gauche deux petites taches brunâtres atrophiques de diamètre d'un gros pois.

Les cheveux sont fins, peu abondants. Il n'y a ni cils, ni sourcils en dehors de quelques rares poils et la peau du visage est presque entièrement glabre. Ajoutons que les aisselles et le pubis sont normalement garnis et que rien n'est à signaler ni au point de vue génital ni au point de vue de la santé et de l'intelligence du malade.

La peau du visage est d'une couleur rouge brunâtre avec des zones plus foncées et quelques taches pigmentées accentuées, sans qu'on puisse parler de lentigo ou de lentigines. Par place la rougeur est plus accentuée avec des réseaux de télengiectasies.

La peau est dans son ensemble fine, elle est peu mobile sur les plans profonds sans être adhérente sauf aux cicatrices des interventions. Des plaques de kératose parsèment la peau du visage tantôt apparentes sous forme de petites plaques blanc grisâtre fortement adhérentes, tantôt seulement reconnaissables au toucher sous forme d'une rugosité de l'épiderme.

Tout au long des bords des pavillons des oreilles, il existe une véritable crête cornée entrecoupée faisant un relief de un à deux millimètres et qui au pôle supérieur prend la forme d'une corne de trois à quatre millimètres de haut.

Lors de notre premier examen en 1942 il existait au visage trois grosses ulcérations, à la joue droite, à l'aile droite du nez, et au lobule de l'oreille gauche.

Les biopsies faites à l'époque ont montré qu'il s'agissait des épithéliomas.

Nous les avons traités par électroçoagulation, aussi actuellement le visage porte des cicatrices mutilantes : suppression totale de l'aile droite du nez, perte entière du lobule de l'oreille et cicatrice adhérente scléreuse et dure du milieu de la joue droite.

De très longue date il existe un ectropion de la paupière inférieure droite.

Nous avons perdu de vue notre malade pendant plus de trois ans et avons repris contact avec lui en 1947.

Le fond de lésions est resté le même, mais au-dessous de la cicatrice de la joue droite est apparue depuis six mois, dit le malade, une petite tumeur assez dure, saillante, de forme vaguement cylindrique de 1 centimètre de hauteur sur 5 millimètres de largeur. Nous avons électrocoagulé cette tumeur qui ne s'accompagnait d'aucune réaction ganglionnaire, pas plus d'ailleurs que les autres lésions cutanées. Une biopsie préliminaire examinée par le Dr Chatellier de Toulouse a donné les résultats suivants : une hyperkératose considérable associée à de l'acanthose et de la papillomatose. Sous la prolifération cornée un épithéliome en voie de transformation néoplasique avec irrégularités nucléaires et une fissuration de la couche basale qui rappelle un peu la maladie de Darier ou des dyskératoses de cet ordre.

Depuis deux mois est apparu au lobule du nez une ulcération irrégulière anfractueuse indolore dure à sa base, saignant facilement sans retentissement ganglionnaire. Nous l'avons électrocoagulé sans biopsie. Il s'agissait ici aussi vraisemblablement d'une dégénérescence néoplasique à en juger par les précédents.

Les lésions du dos des mains sont absolument analogues à celles du visage. Peau fine, frippée avec rougeurs, télangiectasies et pigmentation plutôt discrète.

Depuis quelque temps au dos de la main droite existait une ulcération de diamètre d'un gros pois, surélevée, consécutive à une écorchure pendant le travail. Selon le malade depuis le temps de l'école il y avait à ce niveau une élevure de la peau. Mais un simple pansement antiseptique a permis de réduire la plaie qui est en voie de cicatrisation.

Toutes les ulcérations chez notre malade ne sont donc pas des cancers.

Notre malade se livre aux travaux des champs, il est célibataire et vit avec ses deux vieux parents bien portants et non apparentés. Il a une sœur mariée qui a deux enfants; aucune anomalie n'est signalée dans la famille.

Le xeroderma pigmentosum de notre malade est intéressant par ses signes cutanés où les lésions pigmentées sont peu accentuées, par la prédominance du caractère atrophique de lésions. A première vue le visage du malade rappelle une radiodermite ou une atrophie présénile de marins. L'évolution paraît lente mais la tendance à

la cancérisation est frappante. Les néoplasies naissantes sont relativement peu malignes sans retentissement ganglionnaire, sans tendance à récidiver sur place.

Signalons enfin que la peau malade ne s'infecte pas facilement et que nous n'avons pas eu à recourir à la vitaminothérapie préconisée par MM. Gougerot et Meyer.

Erythrodermies arsenicales et auriques traitées par l'association pénicilline-sulfamides, par M. Jacques Rudloff (Cherbourg).

Nous avons eu l'occasion d'observer récemment 4 érythrodermies. Les trois premières étaient survenues au cours d'un traitement arsenical, la dernière au cours d'un traitement par sels d'or.

Observation I. — Érythrodermie arsenicale diagnostiquée à son début. Les injections de novar sont arrêtées aussitôt et il est institué un traitement de fontamide et de pénicilline (500.000 U.). Le malade guérit rapidement, plus rapidement semble-t-il que lorsqu'on se contente de cesser l'administration d'arsenic, mais le cas est peu démonstratif.

Obs. II. — Une femme qui a déjà fait 2 fausses couches se trouve de nouveau enceinte. Malgré une sérologie négative, son médecin traitant lui fait du novar. Au cours de la première série, 10 jours après la première injection de 0 gr. 90 apparaît une érythrodermie vésiculo-œdémateuse. Nous voyons la malade 15 jours après le début de l'éruption ; toute la surface cutanée est affectée, parsemée de vésicules qui sont en partie rompues. Il y a œdème généralisé, la face est bouffie, les yeux sont fermés, le prurit est intolérable. La température augmente progressivement depuis quelques jours et elle est à 39°7. Les poumons sont normaux, la diurèse normale ; pas d'albuminurie. Nous prescrivons aussitôt : pénicilline 250.000 U. par jour pendant 4 jours, fontamide 8 grammes par jour. Le lendemain matin, la température est à 37°9 et elle demeure autour de la normale. Après 4 jours de traitement, la mycothérapie est abandonnée, seule la sulfamidothérapie à doses dégressives est continuée. L'érythrodermie disparaît peu à peu mais des eschares profondes surviennent à tous les plis de flexion : elles guériront par la suite et on obtiendra en quelques semaines une *restitutio ad integrum*.

Obs. III. — Érythrodermie survenue à la première injection de la troisième série de novar. Le malade est vu 3 jours après le début de son éruption : érythème avec desquamation intense de toute la surface cutanée avec œdème des membres inférieurs et du visage. Température à 39° ; diurèse normale ; poumons normaux ; pas d'albuminurie. Nous lui prescrivons aussitôt 250.000 U. de pénicilline par jour pendant 4 jours, 8 grammes de fontamide par jour pendant 3 jours puis doses dégressives. Dès le lendemain, la température est à 37°6 ; les œdèmes régressent dans les jours qui suivent et, 3 semaines après le début du traitement, le malade est complètement guéri.

Obs. IV. — Érythrodermie survenue à la septième injection d'une première série de crisalbine. Le malade est vu le 10e jour de l'éruption : éruption érythémato-squameuse très prurigineuse, sans suintement, avec œdème des membres et du visage ; température à 38°5 ; la diurèse est normale, pas d'albuminurie ; poils et ongles inaltérés. Il reçoit en 48 heures 500.000 U. de pénicilline et 8 grammes de fontamide par jour pendant 5 jours. A la fin de la deuxième journée de traitement, la température est devenue normale. L'érythrodermie régresse nettement dans les jours suivants. Il y eut à noter, pendant 8 jours, une perte de sensibilité avec troubles moteurs des doigts des 2 mains.

Ces observations nous ont paru intéressantes à rapporter pour être versées au dossier déjà abondant de la thérapeutique des érythrodermies et de leur pathogénie. Dans trois de ces cas tout au moins, les antibiotiques semblent bien avoir eu une action favorable sur l'évolution de ces éruptions. Nos malades ont bien voulu guérir mieux que ceux présentés ici-même à la séance du 14 novembre 1946 par MM. Flandin, Basset et Morin, lesquels avaient échoué dans leur essai de mycothérapie. Nos observations, par contre, s'accordent avec celles présentées 1 mois plus tard par MM. Merklen et de Graciansky (12 décembre 1946).

M. Ch. FLANDIN. — Les observations de M. Rudloff n'apportent aucun enseignement, ni même aucun renseignement.

L'expérimentation de la sulfamidothérapie avec ou sans pénicilline a été largement faite, notamment par M. Huriez. Après une période d'enthousiasme, on a observé des désastres qui ont amené au doute, puis à l'abstention.

Les érythrodermies observées à l'occasion de cures arsenicales, auriques ou autres peuvent l'être aussi à la suite d'administration de sulfamides ou de pénicilline.

Il est illogique d'ajouter à une sensibilisation une autre sensibilisation susceptible d'être aggravante.

L'érythrodermie guérit seule à la faveur du repos, du drainage hépatique et rénal, de l'adrénaline ou de la syncortine.

Pourquoi risquer de la compliquer par des médications intempestives souvent dangereuses ?

Traitement de vingt cas de gingivite bismuthique par l'association Pénicilline-vitamine C, par M. Jacques RUDLOFF (Cherbourg).

Au cours d'un essai de traitement de la syphilis par l'association pénicilline-bismuth que nous avons fait et dont nous avons rapporté ici les premiers résultats le 14 novembre 1947, nous avions noté la remarquable tolérance au bismuth que présentaient nos malades, puisqu'ils supportaient, sans faire d'accident buccal, l'administration de 32 centimètres cubes de néo-solmuth en 20 jours, dose qui doit être normalement injectée en 60 jours.

Depuis ce moment, nous avons traité une vingtaine de cas de gingivite bismuthique par l'association pénicilline-vitamine C. Nous injections 200.000 U. de pénicilline en 24 heures et 8 ampoules de 2.000 U. de Laroscorbine intraveineux en 4 jours.

Nous avons noté de façon constante que, dès les premières 24 heures, les malades ressentent une très nette diminution de la douleur; ils peuvent s'alimenter normalement. En 2 à 3 jours, toute douleur a disparu, et seule demeure la coloration violette de la muqueuse.

Du strophulus du nourrisson et du petit enfant, par M. J. CHARPY.

L'accord est fait sur la nature de cette affection très fréquente dont l'énumération suivante résume *les facteurs étiologiques* classiques :

— Prédisposition familiale;
— Erreurs d'alimentation et troubles digestifs, et surtout absorption d'allergènes déclenchants;
— Influence de l'éruption dentaire;
— Prédominance à l'époque chaude de l'été.

J'apporte ici 2 *notions pratiques*, qui sont susceptibles de rendre service :

a) *Un facteur déclenchant*, dont on ne parle pas classiquement, est constitué par l'*administration de fruits crus, de crudités et de jus de fruits.* Il rend compte *actuellement* du déclenchement des crises, *dans 80 0/0 des cas*, chez les enfants de moins de 7 ans. Il explique beaucoup mieux que la chaleur, la recrudescence de l'affection à l'époque des fruits. Les habitudes de vitaminothérapie systématique multiplient actuellement les cas de strophulus.

L'administration de jus de fruits à un nourrisson, déclenche le strophulus, soit au premier contact (et dans ce cas, on retrouve en général la notion que la mère a pris systématiquement des jus de fruits pendant sa grossesse), soit plus souvent après un temps mort pendant lequel la sensibilisation s'est établie.

Cette sensibilisation est due aux albumines du jus de fruit, et non pas à la vitamine C.

b) *Deuxième notion.* — La suppression du jus de fruit responsable ne suffit pas toujours à faire cesser *la crise*, soit que d'autres allergènes alimentaires continuent

à être administrés, soit surtout que le déséquilibre nerveux une fois déclenché s'alimente de lui-même (prurit, grattage, phénomènes psychiques associés).

Or le *cardiazol* constitue un *traitement héroïque de la crise : il donne 95 0/0 de succès en moins de 36 heures.* On le donne par prises espacées toutes les 3 heures, depuis le réveil jusqu'au coucher, pendant 3 à 5 jours consécutifs. Les doses varient suivant l'âge : de 5 à 10 gouttes de la solution commerciale par prise, diluées dans pas mal d'eau. Le médicament est admirablement supporté, surtout par les tout petits. Au-dessus d'un an, il faut cesser l'administration 2 heures avant le coucher, de façon que le sommeil ne soit pas troublé.

Naturellement, cesser parallèlement l'administration des facteurs déclenchants.

Enfin le traitement de la crise ne dispense pas dans un deuxième temps de faire un traitement de terrain, soit par la peptone, soit par les extraits d'artichauts, et de surveiller le régime.

Les eczémas du bois (Ecémas par sensibilisation aux essences forestières), par M. J. Charpy.

Les « eczémas du bois », auxquelles Longin avait autrefois consacré une étude, sont fréquents en Bourgogne, surtout dans les régions forestières du Chatillonnais. J'en observe des formes typiques au moins 100 fois l'an. Mon service en hospitalise en moyenne 30 cas chaque année. Beaucoup de malades se savent sensibles : ils ne consultent pas, et prennent d'eux-mêmes les précautions voulues.

Sont touchées les *professions forestières* (bûcherons, gardes), des paysans habitant en lisière de forêts, mais aussi *des camionneurs*, ou plus simplement, des chasseurs et des promeneurs, et enfin, avec une très grande fréquence depuis la guerre, *tous ceux qui coupent leur bois de chauffage.* L'éruption peut se voir toute l'année, mais surtout au moment de la « montée de la sève » ou pendant les chaleurs. *Le chêne* est le plus souvent responsable, plus rarement le hêtre, le frêne.

L'eczéma du bois, dans ses formes typiques, est absolument *caractéristique :* eczéma très aigu, très rouge, œdémateux et suintant à *triple localisation : la face* (maximum aux yeux), *les mains* (maximum aux espaces interdigitaux et aux plis du poignet), *les parties génitales et le bas-ventre* (maximum dans les plis). Dans les formes plus sévères, il peut y avoir des lésions dans les plis du coude, des aisselles, des genoux, et l'éruption peut à partir de là se généraliser plus ou moins. Le prurit est toujours très violent. Avec un traitement correct, la guérison se fait en 12 à 15 jours.

La notion de manipulation du bois, l'acuité du début et la triple localisation permettent d'affirmer le diagnostic.

Longin, à cause de la prédominance dans les plis, pensait à un eczéma microbien déclenché par les essences forestières (eczéma biotropique). En réalité il s'agit d'un *eczéma par sensibilisation mais par voie interne.*

Une expérimentation minutieuse m'a montré, que chez les sujets sensibles, une décoction de bois ne produit rien, si on la dépose sur la peau, même aux points où se fait habituellement l'éruption (parties génitales, espaces interdigitaux) à condition que la peau soit intacte et sèche. Par contre l'éruption se produit si on dépose la décoction (même très diluée) sur la muqueuse conjonctivale, sur la pituitaire, dans la bouche, ou en ingestion. La chaleur, un exercice physique violent amenant une sudation importante augmentent l'intensité de l'éruption. Cette expérimentation permet de comprendre ce qui se produit dans l'éruption spontanée.

Le traitement de la poussée est simple : isolement, traitement local au minimum (pulvérisations de sérum et saindoux pur par exemple). Traitement de désensibilisation aspécifique : autohémothérapie, splénothérapie par exemple.

La désensibilisation spécifique est longue à obtenir et incertaine : j'ai pu l'obtenir dans certains cas par l'ingestion quotidienne de dilutions infinitésimales puis croissantes d'une décoction de bois. La voie intradermique peut aussi donner des résultats, mais est difficilement applicable.

A partir de ces observations types, une enquête minutieuse dans tous les cas

d'eczémas vésiculeux qui s'en rapprochent plus ou moins permet de constater l'importance étiologique du facteur « sensibilisation au bois » : en particulier depuis la guerre, chez tous les « coupeurs de bois », qui sont très nombreux. Cette notion est importante dans la pratique : la suppression des manipulations nocives guérit en quelques jours des dermites contre quoi tout échouait.

M. Ch. Flandin. — Tous les bois, sur pied ou coupés depuis longtemps, peuvent déclencher des sensibilisations cutanées. Certains sujets sont plus sensibles au printemps et en été, lorsque les arbres sont feuillus, d'autres en hiver.

Dans l'exploration de la sensibilité cutanée, les tests doivent être variés et il n'est pas certain que la décoction soit le meilleur sensibilisateur.

Le test palpébral de Rabeau est particulièrement sensible.

Enfin, au point de vue thérapeutique, les cures successives par auto-sérum intradermique à faibles doses paraissent être plus actives que les médications habituelles.

Erythème polymorphe et diphtérie, par MM. T. Desmonts, Rière et Périch (de Perpignan).

L'érythème polymorphe et l'angine diphtérique ont évolué simultanément chez cette malade de 42 ans.

La maladie a débuté le 8 mai par l'ascension thermique à 39°, une angine blanche, l'érythème polymorphe.

Les fausses membranes de la taille d'une pièce de 50 centimes sont restées localisées aux deux amygdales et ne se sont pas étendues, mais le 16 mai la malade a une paralysie du voile du palais, et le deuxième ensemencement montre la présence de bacilles de Lœffler; l'injection de 60.000 U. de sérum antidiphtérique le 16 mai fait disparaître les fausses membranes et l'adénopathie cervicale d'ailleurs modérée, la paralysie du voile a régressé, les réflexes rotuliens abolis pendant quelques jours sont reparus.

L'érythème est formé par 2 éléments de 2 centimètres de diamètre à la joue droite, un élément large de 1 centimètre à la racine du nez, un élément de 1 cm. 5 de large à la jambe droite et un autre au cou de pied. Ces éléments arrondis plus pâles au centre ont un aspect en cocarde, une bulle se forme à leur centre qui s'étend à presque toute la surface sauf une mince couronne érythémateuse l'ensemencement de l'épiderme des bulles est resté négatif.

La température se maintient entre 39° et 40° malgré le sérum et le traitement par la pénicilline, et n'a cédé que le 23 mai quand les bulles se sont desséchées.

Cette observation montre qu'on peut voir des éruptions cutanées non diphtériques au cours de la diphtérie; elle pose le problème de savoir s'il s'agit d'une diphtérie réveillée par l'érythème polymorphe chez un porteur de germes ou d'un érythème biotropique gardant sous sa dépendance une température disproportionnée avec l'angine.

Note sur les formes cliniques de la syphilis au Ouaddaï, par le Médecin-Commandant Charmot, des Troupes Coloniales (présenté par M. Sézary).

Le Ouaddaï est une région de montagnes et de plateaux, grande comme le tiers de la France, située à 700 kilomètres à l'est du lad Tchad.

La syphilis est assez répandue, mais faute de dépistage systématique, il est impossible de donner un pourcentage. On peut supposer qu'elle a été introduite par les tribus arabes venues du Yemen. Les Arabes sont en effet très touchés, et 70 o/o des consultants pour syphilis sont Arabes. Les villes sont très contaminées; les villages situés en dehors des grandes voies de communication, le sont peu.

En 1946, sur un total de 22.941 consultants, on trouve 4.865 syphilitiques. On a les plus grandes difficultés à obtenir quelque assiduité au traitement de la part des malades.

Les caractères dominants sont l'exubérance des lésions secondaires cutanéo-muqueuses et la rareté des lésions tertiaires graves, nerveuses ou aortiques.

Il faut encore noter la fréquence de la contamination familiale; la promiscuité, le manque d'hygiène, font que l'on voit chaque jour des familles dont le père, la mère et 2 ou 3 enfants en bas-âge sont porteurs de lésions secondaires.

La roséole est rare. On voit surtout des lésions papuleuses, très en relief, souvent ulcérées, siégeant volontiers sur le scrotum, dans les creux axillaires, à la nuque. Les malades en sont parfois couverts, au point qu'il est impossible de pratiquer une injection intraveineuse. Les plaques muqueuses des lèvres, de la langue, de l'anus et de la vulve sont de règle. Un état sub-fébrile concomitant est assez fréquent.

La méningite secondaire est rare; nous en avons observé deux cas seulement. Nous avons pratiqué 100 P. L. systématiques chez des malades en pleine période secondaire, sans trouver d'hyperalbuminose ou de lymphocytose, sauf dans un cas.

Les iritis, les lésions psoriasiformes des paumes sont assez fréquentes. Les néphrites se voient parfois.

D'une façon générale, les lésions tertiaires sont bénignes : douleurs ostéocopes nocturnes, effondrements de la cloison nasale ou du palais osseux, destruction du voile du palais, gommes superficielles, ulcérées ou non.

Les lésions artérielles sont rares. Chez 6.630 consultants pour maladies diverses en 1946, nous notons seulement 3 anévrysmes périphériques et 3 aortites.

Les syphilis nerveuses sont également rares et ce, chez des Indigènes tous plus ou moins éthyliques.

Je n'ai jamais rien vu ressemblant de près ou de loin au tabès ou à la P. G.

A quoi tient cette rareté des lésions nerveuses :

1° On peut penser que cela tient au tréponème, et qu'il a des affinités surtout dermotropes. Remarquons que nous sommes au Ouaddaï depuis 1910, et qu'il y a peu de temps que les syphilitiques sont traités. Le tréponème est remarquablement sensible aux médicaments et l'arséno-résistance n'existe pas encore.

2° Le terrain. L'éthylisme ne paraît jouer ici aucun rôle favorisant la fixation du tréponème sur le tissu nerveux. Peut-être, faut-il tenir compte du paludisme, et des nombreux accès fébriles que font chaque année les Ouaddaïens ? Enfin, des maladies telles que le tabès et la P. G. sont probablement le privilège des races évoluées. D'ailleurs les maladies mentales aussi sont exceptionnelles chez les Ouaddaïens, malgré l'éthylisme.

L'hérédo-syphilis. — Rien de bien particulier, sinon que l'on voit relativement peu d'enfants hérédo-syphilitiques. On remarque surtout des déformations des tibias, et aussi des genoux; les malformations dentaires sont rares, de même le pemphigus. Les splénomégalies infantiles sont de l'ordre de 30 o/o, mais relèvent essentiellement du paludisme.

A Abéché, au cours de ces 4 dernières années, 719 grossesses ont donné 37 avortements, soit 5,1 o/o et 7 mort-nés ceci dans une ville très atteinte par la syphilis. C'est à rapprocher de l'opinion de certains auteurs, qui pensent que le tréponème n'a peut-être pas dans l'étiologie des avortements, une place aussi importante qu'on le pense généralement.

En résumé : la syphilis présente au Ouaddaï un aspect un peu particulier, sans doute celui qu'elle revêtait lorsqu'elle apparut en Europe :

1° Lésions secondaires exubérantes et florides;

2° Lésions tertiaires relativement bénignes : syphilis nerveuses ou aortiques pratiquement exceptionnelles;

3° Extrême sensibilité du tréponème au traitement; pas encore de chimio-résistances.

Note sur des essais d'arsénothérapie massive au Ouaddaï, par le Médecin-Commandant Charmot, des Troupes Coloniales (présenté par M. Sézary).

Au Ouaddaï les méthodes classiques de traitement sont inutilisables en raison de leur longueur et de la difficulté d'obtenir des malades l'assiduité nécessaire.

Heureusement le tréponème paraît très sensible au médicament et les syphilis nerveuses ou artérielles sont exceptionnelles. Enfin la tolérance du Noir vis-à-vis des arsénobenzènes est remarquable.

Nous avons donc été amené à appliquer les méthodes d'arsénothérapie intensive et nous avons traité nos malades selon les schémas suivants :

1° Technique de Pollitzer-Chevallier (3 jours à 0,90) puis série bismuthique si possible, dans 162 cas;

2° Même technique suivie d'un quatrième 0,90 le 4e jour, dans 35 cas;

3° 0,60 de novar pendant 7 jours consécutifs, soit 4,20, dans 80 cas;

4° Arsénothérapie associée à pyrothérapie (1/4 de centimètre cube de T. A. B. intraveineux après le 3e novar), dans 50 cas.

Sur 267 cures, nous n'avons pas eu d'accident grave à déplorer, ni encéphalite, ni érythrodermie, ni agranulocytose, ni polynévrite. Nous avons surtout observé des réactions fébriles aux premières injections par R. d'Herxheimer, quelques érythèmes, un avortement au 5e mois, toutes les autres femmes enceintes ayant supporté l'arsénothérapie massive sans incident.

L'absence de contrôle sérologique ne nous permet pas de tirer de conclusion quant à l'efficacité de ces traitements, mais ils présentent un intérêt certain quant à la prophylaxie des accidents contagieux.

Erythrodermie déclanchée par la pénicilline chez un malade porteur d'un eczéma circonscrit, par MM. J. Gadrat et A. Bazex (Toulouse).

Les accidents cutanés de la pénicillothérapie sont aujourd'hui bien connus et l'on sait qu'ils s'observent surtout dans le traitement des dermatoses. Immédiats (dans les 24 heures) ou tardifs (du 7e au 14e jour) ils ont pour caractère d'être en général éphémères. Tel n'est pas le cas de l'éruption à laquelle nous avons assisté dans les circonstances résumées ci-dessus.

C... L., 74 ans, sans profession, est hospitalisé le 17 octobre 1946 pour un eczéma du dos des mains d'apparition récente; l'affection est traitée par des applications de bleu de méthylène et cède en quelques jours.

Le 23 octobre, s'installe un syndrome de congestion pulmonaire droite avec fièvre élevée. A partir du 26 octobre, un traitement par pénicilline intramusculaire est institué à la dose de 40.000 U. toutes les trois heures; il sera poursuivi pendant 5 jours jusqu'au total de 1.700.000 U.

Dès le deuxième jour de la pénicillothérapie, l'eczéma qui était pratiquement guéri subit une nouvelle poussée, s'étend aux avant-bras et atteint la racine des membres, puis se généralise. L'aspect clinique devient celui d'une érythrodermie vésiculo-œdémateuse avec prurit violent et diffus; la température qui était tombée dès les premières injections remonte, atteint 39° et persiste à ce degré jusqu'à la fin de la cure; l'état général devient franchement mauvais bien que les signes pulmonaires aient régressé.

Dès la cessation de la pénicillothérapie, la température baisse, la diurèse devient meilleure et l'état général s'améliore. L'état du tégument demeure stationnaire jusqu'aux environs du 10 novembre : à partir de cette date, le prurit diminue, l'œdème s'estompe et le suintement devient moins abondant; le bleu de méthylène, la crème de Vienne, les pâtes à l'eau sont mal tolérées et provoquent une exacerbation des phénomènes; seules les crèmes à l'iode apportent un notable soulagement; à partir du 20 novembre, le malade reçoit une injection intraveineuse quotidienne de 2 centimètres cubes de Lugol faible.

Le 1er décembre, les signes généraux ont complètement disparu, le suintement est inexistant mais il persiste une rougeur diffuse des téguments avec desquamation furfuracée et prurit modéré. Les traitements les plus divers (hyposulfite, lugol, gluconate de calcium, extraits hépatiques) ne parviennent pas à modifier les manifestations érythrodermiques qui persistent jusqu'à la sortie du malade (15 février 1947).

Les explorations complémentaires (urines, azotémie, sérologie, radiographie pulmonaire) n'ont pas décelé d'anomalie particulière et les examens hématologiques ont tout au plus révélé une légère leucocytose avec polynucléose discrète sans éosinophilie. Ajoutons qu'une intradermo-réaction à la pénicilline à la dose de 2.000 U. s'est montrée entièrement négative.

Le malade a été perdu de vue depuis sa sortie du service.

Le rôle de la pénicilline dans le déclenchement de l'érythrodermie paraît cliniquement indéniable, celle-ci ayant débuté dès le deuxième jour de la cure. L'intradermo-réaction s'est cependant montrée négative, mais on sait que sa positivité est loin d'être constante (une fois sur deux dans les deux cas de Bauer). Il nous a été impossible d'éprouver la sensibilité du malade à la pénicilline G.

Le type prolongé de la réaction cutanée semble assez exceptionnelle et peu d'observations sauf celles de Bauer et de Vogel peuvent être rapprochées de la nôtre. Le cas rapporté par MM. Dupérie, Rumeau, Castaing et Marchand ne répond pas à une érythrodermie véritable.

Il reste à se demander si, en l'espèce, l'érythrodermie n'a pas été ici la conséquence d'une sensibilisation préalable par un processus mycosique initialement localisé sur le dos des mains. L'action favorable, quoique temporaire, du traitement iodé n'est pas défavorable à cette hypothèse; il est regrettable que nous n'ayons pu comme Kolodny et Denhoff pratiquer parallèlement un test à la trichophytine qui dans les observations de ces auteurs s'est montré fortement positif.

Au point de vue pratique, le fait à retenir est la possibilité de réactions pénicilliniques prolongées, d'allure érythrodermique, différentes des manifestations urticariennes et œdémateuses, parfois pseudo-sériques (Strazza), bien connues.

RÉFÉRENCES

Kolodny et Dehnoff. — *Journal of American medical Association*, avril 1946, vol. **130**, n° 16, p. 1058.
Strazza. — *Journal of American medical Association*, avril 1946, vol. **130**, n° 16, p. 1071.
Bondet. — *Journal de Médecine de Lyon*, 20 août 1946, n° 639, p. 595.
Bauer. — *Archives of Dermatology and Syphilology*, septembre 1946, vol. **54**, n° 3, p. 292.
De Gennes. — *Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 15 novembre 1946, pp. 516 et 517.
Vogel. — *Archives of Dermatology and Syphilology*, vol. **54**, n° 6, p. 713.
Gilbert Dreyfus, Mamou et Herrault. — *Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 22 novembre 1946, p. 553.
Dupérie, Rumeau, Castaing et Marchand. — *Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux*, 13 décembre 1946, in *Presse Médicale*, 15 février 1947, n° 10, p. 115.
De Gennes. — *Presse Médicale*, 8 mars 1947, n° 15, p. 161.

Vaccine géante et gangréneuse chez un malade atteint de leucémie lymphoïde, par M. J. Gadrat (Toulouse).

Il est classique de considérer les leucémies comme une contre-indication formelle de la vaccination antivariolique. Aussi, faut-il des circonstances assez exceptionnelles pour assister à l'évolution d'une vaccine chez un leucémique.

Le 10 mai 1947, un italien de 59 ans, débile mental, hospitalisé dans un Service de Vieillards voisin nous est amené pour les suites tout à fait extraordinaires de la vaccination antivariolique à laquelle il a été soumis en application des circulaires administratives récentes.

Le malade avait été vacciné fin avril par deux scarifications assez rapprochées (nous n'avons pu savoir s'il s'agissait d'une primo-vaccination ou d'une revaccination). Au dixième jour, les vésico-pustules volumineuses confluaient et, les jours suivants, se recouvraient d'un placard croûteux qui prit rapidement un aspect escarrotique. Localement, il existe un œdème volumineux, rouge, douloureux, étendu de la région deltoïdienne jusqu'à l'extrémité inférieure du bras et dont le

centre est occupé par une escarre noire, circulaire, de *huit centimètres* de diamètre, épaisse de 2 millimètres, très adhérente aux plans profonds. On note la présence d'un ganglion axillaire du volume d'une grosse noix, anormalement indolore. Le malade est fébrile (38°5) mais conserve un bon état général et un robuste appétit. L'examen des urines montre l'absence de glycosurie et la glycémie est à 0 gr. 95 0/00.

Le malade est traité par des pansements humides et des pulvérisations : l'œdème diminue assez vite mais le détachement de l'escarre demandera deux semaines, mettant à nu une vaste ulcération qui à ce jour (1er juillet) n'est pas encore épidermisée et offre la taille d'une pièce de 1 franc.

Au début de juin, on constate l'apparition d'adénopathies multiples, mobiles, indolentes, occupant les diverses aires ganglionnaires superficielles. La rate n'est pas percutable. La radio ne décèle pas d'adénopathies médiastines.

Un examen hématologique est aussitôt pratiqué :

Globules rouges	4.800.000
Globules blancs	65.500

Formule sanguine :

Lymphocytes adultes	93
Lymphocytes jeunes	5
Polynucléaires neutrophiles	2

Le médullogramme confirme l'existence d'une leucémie lymphoïde qui explique le caractère très anormal de la vaccine.

L'interrogatoire très difficile en raison de la nationalité du patient et de sa déficience intellectuelle a fini par nous apprendre qu'en février 1945 il avait été traité par rayons X pour syndrome polyganglionnaire.

Vers la mi-juin on assiste à l'explosion de leucémides polymorphes du tronc et de nodules furonculoïdes de la nuque; la biopsie d'un de ces derniers éléments montre une structure lymphodermique typique.

Le malade, dont l'état général est toujours excellent, est soumis à la radiothérapie.

Cette observation vient s'ajouter aux quatre cas colligés dans la thèse classique de London (Paris, 1932). Nos recherches bibliographiques ne nous ont pas permis d'en recueillir de nouvelles. Rappelons toutefois que MM. Gougerot, Bouvier et Thorel ont signalé la possibilité de réactions escarrotiques précoces au cours de revaccinations chez des tuberculeux (*Société de Dermatologie de Paris*, 12 mars 1942, p. 218).

On trouve très explicitement décrit dans la thèse de London les dimensions très anormales des éléments vaccinaux et leur caractère nécrotique, mais notre observation diffère de celle de Tessier et Garnier et de celles de Ramond, Jacquelin et Borrien par son évolution jusqu'ici favorable.

Chez notre malade atteint d'une leucémie lymphoïde déjà reconnue, traitée une première fois par rayons X, mais en période de sommeil, la vaccination jennerienne, après avoir engendré des lésions locales d'une gravité inaccoutumée semble avoir déclanché une nouvelle poussée ganglionnaire suivie à brève échéance d'une explosion de leucémides et de nodules leucémiques. L'explication de tels faits demeure très difficile; en pratique, il suffit de se souvenir de leur existence pour ne jamais enfreindre la règle devenue classique depuis London.

Actions de certains agents chimiques sur la pénétration cutanée,

par MM. H. Rabeau et P. Malangeau.

Au cours de l'année 1945, il nous a été donné d'observer un certain nombre de dermites consécutives à la manipulation d'une préparation antiseptique utilisée

par les Services de l'Armée Américaine : le produit en question, une poudre jaune dénommée « Mikroklène », était employée après dissolution dans de l'eau chaude pour le nettoyage de la vaisselle en raison de ses propriétés à la fois détersives et antiseptiques.

L'analyse chimique du produit montra la présence, en dehors de sels minéraux inoffensifs, d'une abondante proportion d'un dérivé sulfoné sous sa forme salifiée et en outre d'une substance de nature organique fortement colorée en jaune, que l'on a pu faire cristalliser et qui s'est révélée contenir entre autres de l'azote et du chlore (ce dernier étant assez labile). La détermination exacte par l'analyse élémentaire n'a pu être exécutée à cette époque faute de moyens matériels, mais nous avons su plus tard qu'il s'agissait d'une amidine chlorée.

Les tests cutanés pratiqués sur les malades mirent en cause de façon formelle ce dernier composé chimique et le désignèrent comme responsable des dermites observées. Par contre, les tests pratiqués avec les autres constituants, en particulier avec le sulfonate furent négatifs.

Mais il est à remarquer que lorsque les sujets étaient guéris de leur dermite, il n'était plus possible de retrouver un test positif avec ce même produit, ce qui montre bien qu'il ne s'agit pas d'un phénomène de sensibilisation au sens vrai de ce mot, mais que, la substance ayant pu pénétrer de façon continue a créé une sorte d'intolérance passagère, d'ordre toxique peut-être. Nos informations prises aux États-Unis ont montré qu'il n'avait pas été observé là-bas d'accidents; il est vraisemblable que les conditions d'emploi du produit et le mode de travail (température de l'eau, durée du contact) et aussi l'état physique des sujets (facteur terrain) ont pu jouer, pour une part dans la production de ces dermites. Mais dès ce moment, nous avons été amenés à penser que la présence du « mouillant » énergique que réalise un sulfonate mixte alcalin devait aussi jouer un rôle important mais indirect dans la genèse des dermites, probablement en facilitant la pénétration à travers l'épiderme, par abaissement de la tension superficielle.

Cette hypothèse vient en confirmation d'une série de travaux américains dont les principaux auteurs, Sulzberger, Hermann, etc... (1) se sont attachés à mettre en évidence de façon péremptoire, l'influence favorable de la présence de certains mouillants sur la pénétration cutanée de diverses solutions. Ils ont pu, en employant soit des corps colorés, soit des sulfamides, soit certains composés métalliques mis en solution dans des véhicules variés, mettre en évidence, par des biopsies effectuées avec des précautions particulières, le passage de ces substances au delà de la barrière épidermique, leur localisation étant réalisée par l'emploi de réactions caractéristiques.

Ces auteurs ont ainsi étudié divers types de véhicules et ont pu conclure à l'efficacité particulièrement marquée de mélanges de solvants organiques (polyalcools) et d'eau tenant en solution un mouillant qui doit être de préférence un arylalkylsulfonate et éventuellement des corps qu'ils appellent des « agents couplants » qui assurent la stabilité physique du mélange. Avec des solvants de ce type on a pu faire parvenir les colorants indicateurs jusqu'à la couche de Malpighi.

Ces observations ont permis, d'une part d'apporter un argument de plus en faveur de l'hypothèse de la pénétration par la voie folliculaire avec ensuite diffusion dans le derme et vers l'épiderme, et d'autre part de jeter les bases d'un procédé de thérapeutique dermatologique qui apparaît *a priori* comme assez séduidant.

Une nouvelle observation vient de confirmer la façon dont des agents mouillants sont capables de favoriser le franchissement de la barrière cutanée par des colorants : une maison de parfumerie bien connue fabrique une pâte destinée à être étalée sur les jambes des femmes pour supprimer le port des bas. Cette préparation n'avait jusqu'ici causé aucun incident alors que, à la suite d'un changement dans l'origine du colorant, viennent de se manifester quelques dermites.

(1) Rapport de Mac Kee, Sulzberger, Hermann, Baer du 13 juin 1944 à la réunion annuelle de la Society for Investigative Dermatology.

Il est remarquable que la même préparation utilisée sous une présentation différente, ne comportant pas de mouillant, n'a presque jamais occasionné de dermites : en l'absence du mouillant il est nécessaire de répéter les tests pour obtenir une réponse qui est dans tous les cas beaucoup moins nettement positive.

A ces deux faits ainsi rapprochés, nous en voudrions joindre un troisième dont la nature, si elle n'est pas identique, nous paraît voisine. Les thioglycolates alcalins employés pour la réalisation de l'ondulation permanente à froid par voie chimique agissent probablement sur les groupements soufrés de la kératine, provoquant le déplissement et l'allongement de sa molécule, et entr'ouvrant la cuirasse qui protège le cheveu. C'est probablement cette altération temporaire de la couche kératinisée qui, si elle est par trop poussée devient irréversible et permet alors l'installation rapide et facile des sensibilisations les plus diverses chez les coiffeurs.

Nous pensons donc qu'il faut accorder la plus grande attention à tous ces agents chimiques capables par des modifications physiques ou par des altérations chimiques de *dénaturer* les couches les plus externes de l'épiderme ou d'accroître la perméabilité cutanée.

Leur emploi dans des préparations commerciales de plus en plus nombreuses pourra faire apparaître plus précocement des sensibilisations ou des intolérances à des substances jusque-là bien tolérées, et cela par une sorte « d'*abaissement du seuil* » de la perméabilité cutanée. C'est ainsi que beaucoup de coiffeurs qui supportaient les dérivés d'aniline jusqu'à l'emploi des thioglycolates ont présenté depuis des phénomènes d'intolérance avec tests positifs à la paraphénylènediamine.

Mais d'autre part, ces agents pourront peut-être permettre de réaliser plus facilement des sensibilisations expérimentales sur l'animal par voie transcutanée, contribuant ainsi à éclaircir le mécanisme des intolérances. Enfin, leur utilisation en thérapeutique dermatologique, si elle doit être poursuivie avec une grande prudence, apparaît riche de possibilités.

Poussée urticarienne après un traitement par pénicilline, par MM. P. Vernier et J. Pinard.

Notre malade présente un impétigo du visage avec infection surajoutée. Nous lui injectons 300.000 U. de pénicilline. Rapidement apparaissent de grands placards urticariens confluents par endroits, envahissant tout le corps; le prurit est intense et cette éruption est accompagnée d'une température de 38°.

En deux jours urticaire et température ont disparu.

Traitement du prurit anal par les injections sous-cutanées locales de novocaïne-subtosan, par M. A. Siboulet.

Nous avons traité *48 malades* atteints de prurit anal, par des injections sous-cutanées locales de novocaïne-subtosan.

Il s'agit de sujets qui présentaient un prurit essentiel ou que le traitement d'une affection locale n'était pas parvenu à guérir.

Ce sont donc des cas rebelles, ayant résisté aussi bien aux traitements locaux les plus variés (pommades, violet de gentiane, injections sclérosantes, rayons, etc...) qu'au traitement général (hyposulfite de Na, antihistaminique de synthèse, yohimbine). Certains prurits duraient depuis dix, même quinze ans.

Nous avons pratiqué des injections sous-cutanées de novocaïne-subtosan dans la région prurigineuse en utilisant : soit un mélange de 5 centimètres cubes de novocaïne à 2 o/o et de 5 centimètres cubes de subtosan à 30 o/o de polyvinyl-pyrrolidone, soit des ampoules de scurocaïne (1 o/o) dans du subtosan à 25 o/o de polyvinyl-pyrrolidone.

Le subtosan ou polyvinyl-pyrrolidone est, rappelons-le, un solvant retard préconisé par Durel et déjà utilisé pour ralentir l'élimination de la novocaïne : notamment par Boudreaux dans les anesthésies locales et les infiltrations du sympathique.

Le SIÈGE et le NOMBRE des injections varient suivant la localisation du prurit. On injecte la zone où le prurit est le plus intense, zone en général déterminée de façon très précise par le malade. Autant que faire se peut, les injections sous-cutanées doivent être pratiquées en peau saine à la limite de la région irritée. L'aiguille est inclinée à 45°, sa pointe dirigée vers le centre de la région prurigineuse.

En général, ces injections sont bien supportées par le malade et nous n'avons jamais noté d'incidents.

Faites à 48 heures d'intervalle, elles donnent des RÉSULTATS VARIABLES. S'il est des prurits qui cèdent à la deuxième ou troisième injection, en moyenne six à neuf séances sont nécessaires, à raison de trois injections par semaine.

Dans 95 o/o des cas, dès les premières injections, le malade retrouve peu à peu son sommeil, reprend goût à une vie normale et n'éprouve plus qu'un prurit discontinu et tolérable. Sur 48 malades traités, 19 guérisons, 28 améliorations, 1 seul échec.

Laryngite sus-glottique bismuthique traitée par la pénicilline, par M. D. Thibaut.

Les lésions de la muqueuse buccale au cours de la bismuthothérapie ont été longuement décrites; celles de la muqueuse laryngée sont beaucoup moins connues et n'ont jamais fait l'objet d'une communication devant notre Société, aussi nous a-t-il paru utile de rapporter le fait suivant :

M. B... Ém., 29 ans, suit un traitement contre une syphilis contractée en avril 1946. Il commence le 2 mai 1947 une série d'injections de bivatol à la Consultation de Dermato-Vénéréologie de Nanterre; à la neuvième le 2 juin 1947 : salivation, dysphagie, dysphonie très marquées; la langue, saburrale, présente une légère pigmentation; il existe une adénopathie sous-maxillaire. La cure bismuthique est interrompue.

L'examen laryngoscopique, pratiqué le 7 juin 1947 par M. Engel montre des ulcérations de l'épiglotte ainsi qu'une tuméfaction de la région aryténoïdienne. Le malade est admis dans le service de M. Michaux où, en raison d'un léger état fébrile, il reçoit du mardi 10 juin (midi) au vendredi 13 juin (midi) 880.000 U. de pénicilline.

Le 17 juin 1942, amélioration des ulcérations épiglottiques mais persistance du boursoufflement des aryténoïdes. Intégrité des cordes vocales.

Le 24 juin 1947, cicatrisation de l'épiglotte; encore légère atteinte de la muqueuse aryténoïdienne; surtout existence de taches ou points noirâtres.

Il faut noter que le sujet a été victime d'un accident grave, dont il subsiste un important raccourcissement du membre inférieur gauche et une paralysie faciale du même côté.

Cette observation prouve que la muqueuse laryngée n'échappe pas constamment à l'imprégnation bismuthique; on est même en droit de se demander si celle-ci est aussi rare qu'on se l'imagine, et si elle ne se laisse pas ignorée, étant inaccessible à l'œil. Des examens systématiques avec le laryngoscope trancheraient la question. Elle n'a été dépistée, dans notre cas, que par l'apparition de troubles fonctionnels importants, en rapport avec l'œdème inflammatoire et les ulcérations, qui peuvent manquer.

D'autre part, la pénicilline a favorisé certainement la cicatrisation; de cette action, il est permis de conclure qu'elle joue un rôle préventif contre les accidents, susceptibles de se produire au cours des traitements bismuthiques intensifs, récemment utilisés, notamment par M. Touraine.

ÉLECTIONS

Sont élus comme membres adjoints :

M. J. Salmon (de Soissons), présenté par MM. Pautrier et Desaux.
M. R. Calop (de Pantin), présenté par MM. Gougerot et Degos.

Sont élus comme membres correspondants étrangers :

Argentine . Pr M. Quiroga; Pr I. Nossitou; Pr Blanco-Fernandez; Dr A. Cordero.

Cuba : Pr V. Pardo-Castello.

États-Unis : Pr J. E. Moore; Pr D. Pillsbury.

Uruguay : Pr Vignale.

Le Secrétaire de séance :
M. Ducourtioux.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

SÉANCE DU 13 NOVEMBRE 1947

Présidence de M. Gastinel.

SOMMAIRE

NÉCROLOGIE

Mes chers Collègues,

La Société Française de Dermato-Syphiligraphie a eu connaissance du décès de plusieurs de ses membres correspondants.

J'ai la mission, en vous en faisant part, d'apporter à leur mémoire notre souvenir et à tous les leurs nos condoléances.

Certains d'entre eux, comme Pusey, de Chicago, sont décédés depuis plusieurs années. C'est seulement aujourd'hui que nous en avons eu connaissance.

Gonzalès Uruena, du Mexique, est mort aussi pendant la longue période où nous avons été coupés du Nouveau Monde.

Les dermatologistes n'ignorent pas ses travaux qui ont codifié l'emploi de l'acétate de thallium dans le traitement des teignes par épilation, en utilisant ce produit sur lequel Sabouraud avait le premier attiré l'attention.

En 1945, mourait Adolpho Lindenberg (Sao Paulo) connu par ses publications de mycologue et léprologue.

C'est une belle figure, celle de José Sanchez Covisa, de Madrid, qui disparut en 1944. Cet ancien doyen de la Faculté de Médecine de Madrid, chassé d'Espagne par les troubles politiques de son pays, fut obligé de se réfugier en terre d'exil et mourut au Venezuela.

Nous avons appris avec un particulier regret la mort de Walter Morgan de Buénos-Ayres. Longtemps il travailla avec Brocq et se noua d'amitié avec ce grand

Maître de Saint-Louis. De retour en Argentine, il y acquit une place de dermatologue renommé. Tous ceux qui l'ont connu ont conservé le souvenir de ce grand ami de la France qui était en même temps homme de haute culture.

C'est encore un ami de la France qui a disparu en la personne du dermatologiste grec Saraphis, dont nous venons d'apprendre le décès en 1943.

Enfin, la Société a perdu un membre titulaire en la personne du Dr Henri Mandel, de Marseille. Ce dermatologiste avisé était l'ancien Président du Syndicat des Médecins de Strasbourg. Son fils Georges Mandel hérite d'un nom particulièrement honoré dans notre cité phocéenne.

Au nom de la Société de Dermatologie, je m'incline devant la mémoire de ces membres disparus et je renouvelle à tous ceux qui leur étaient unis par liens familiaux ou intellectuels les condoléances de vous tous, mes chers Collègues.

M. le Secrétaire Général annonce la création d'une filiale marseillaise de la Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie.

LIVRES REÇUS

H. et L. Gougerot. — *Le traitement de la syphilis en clientèle.*
L. Popoff (Bucarest). — *Dermatologie et Vénéréologie* (tomes I et II).
José M. Fernandez (Rosario). — *L'infection lépreuse chez l'enfant.*

ÉLECTIONS

Sont élus : *Membres adjoints :*

MM. J. Roux et M. F. Beurier.

Sont élus : *Membres correspondants étrangers :*

Cuba : M. le Dr L. Blanco (La Havane).
Grèce : M. le Dr N. Olymbitis (d'Athènes).
Mexique : M. le Pr G. Herrejon (Mexico) ; M. le Pr Canas ; M. le Dr J. Brun.

PRÉSENTATIONS DE MALADES

Le bisymptôme du trisymptôme, par MM. H. Gougerot et Vissian (Histologie par MM. B. Duperrat et Michel Benoit).

L'un de nous a eu l'occasion, et récemment encore avec Paul Blum en novembre 1945 et janvier 1946, de vous présenter, depuis 1932, des malades atteints de ce trisymptôme (cocardes d'érythème polymorphe, nodules dermiques, purpura) auquel Degos, Bureau, Boudin ont bien voulu donner le nom de l'un de nous. Un article d'ensemble a paru dans la *Semaine des Hôpitaux* du 28 mai 1947, et les observations ont fait l'objet de la *Thèse* de Jean Vatelot.

Depuis longtemps l'un de nous avait remarqué que des purpuras chroniques, à répétition, de cause inconnue, s'accompagnaient de petits nodules dermiques, réalisant un bisymptôme : purpura, nodules sans les cocardes d'érythème polymorphe qui les rangeraient dans le trisymptôme. Le malade d'aujourd'hui, n° 149.020, en est un exemple probant ; la comparaison clinique et histologique des nodules l'apparente nettement à nos précédents malades du trisymptôme. Il s'agit donc d'une forme incomplète : bisymptôme du trisymptôme. Ces formes incomplètes posent le problème de savoir si des purpuras sans nodules et sans « cocardes » ne sont pas des « uni-symptômes » du trisymptôme dus à la même ou aux mêmes

causes inconnues du trisymptôme, par la pathogénie des allergides ou sensibilisation pour les nodules et, peut-être, le phénomène de Sanarelli-Schwartzmann pour le purpura (1).

Observation. — Le malade n° 149.020, né le 9 février 1919, coiffeur, entre à la Clinique de Saint-Louis pour une dermatose purpurique et nodulaire.

Dans ses antécédents : — une méningo-encéphalite à 3 ans ayant laissé une demi-surdité ; — en 1938, au décours d'un épisode grippal, dans la Creuse, à Guéret, un médecin découvre une *albuminurie* dont le malade ne sait préciser le taux.

En 1939, pour la première fois, apparaît une polyarthrite œdémateuse accompagnée de température et d'une éruption nodulaire avec des macules rouges violacées, plus particulièrement sur les membres inférieurs, semblant identique aux lésions actuelles, donc purpuriques. Sous l'influence d'un traitement salicylé, les arthralgies et la température ont disparu en trois mois ; mais les éléments nodulaires et purpuriques ont persisté jusqu'à la deuxième poussée.

En 1944, en effet, deuxième poussée de polyarthrite fébrile avec nodules et purpura et une albuminurie à 0 gr. 75. Cette deuxième poussée a mis 7 mois à disparaître, malgré le traitement salicylé, laissant toujours persister le purpura et les nodules qui déterminent le malade à consulter à Paris.

Le 9 septembre 1947, le malade entre à la Clinique de Saint-Louis. Il a deux des symptômes de la « maladie trisymptomatique », mais pas de cocardes à type d'érythème polymorphe.

I. — Une dizaine de petits *nodules dermiques* de 5 à 10 millimètres de diamètre, nettement infiltrés, durs, de coloration rouge vif, à la partie inféro-externe des deux jambes et à la face interne des genoux ; quelques-uns sont centrés par un point purpurique d'un demi à un millimètre ; ils se sont effacés en 4 à 5 jours, perdant leur consistance dure et se transformant en une tache érythémateuse qui a disparu elle-même en 3 jours. Ces nodules ne sont ni douloureux, ni prurigineux.

II. — Des *taches purpuriques*, ne s'effaçant pas à la vitro-pression, sur les jambes, assez irrégulières, quelquefois linéaires (sans doute post-traumatiques), de dimensions très variables de 3 à 10 millimètres.

Ces taches purpuriques laissent en reliquat une dermite ocre sur les deux jambes et parfois des cicatrices à la suite de nécrose épithéliale par capillarite thrombosante.

L'examen général donne peu de renseignements : le cœur, la rate et le foie semblent indemnes. La tension artérielle est à 14-9 au Vaquez. La température est normale.

Il existe toujours une *albuminurie* dont le taux varie de 3 grammes à 0 gr. 60 au tube d'Esbach.

Le signe du lacet est négatif.

Le temps de saignement est de 19 minutes.

Le temps de coagulation est de 20 minutes.

La numération et la formule donnent les chiffres suivants : hématies 4.350.000 ; leucocytes, 7000 ; poly. neutro., 51 ; poly. éosino., 2 ; poly baso., 0 ; grands mono., 4 ; moyen mono., 17 ; lymphocytes, 26, plaquettes, 120.000.

Le 13 septembre 1947, les intradermo-réactions au staphylocoque et au streptocoque sont négatives. L'intradermo-réaction à la tuberculine est fortement positive : nodule de 22 millimètres, auréole de 60 millimètres.

Le 22 septembre, intradermo-réaction au sérum de cheval positive : papule de 25 × 30 millimètres.

(1) H. Gougerot. Application à la clinique humaine des phénomènes de Sanarelli, Schwartzmann, Bordet. *Soc. Dermat.*, 12 novembre 1936, n° 8, p. 1604 et *Arch. d. s. de la Clinique de l'Hôp. Saint-Louis*, décembre 1937, n° 36, p. 449 ; H. Gougerot et Vial. Phénomène de Sanarelli-Schwartzmann-Bordet pyococcique et érythème morbiliforme. *Société de Dermat.*, n° 1, janvier 1937, p. 43 et *Arch. d. s. de la Clinique de l'Hôp. Saint-Louis*, décembre 1937, n° 36, p. 493 (2 fig.) ; H. Gougerot et Hamburger. Phénomène de Koch (nécrose) au point d'une intradermo-réaction tuberculinique et phénomène de Sanarelli-Schwartzmann-Bordet (purpura) à distance dans une cicatrice syphilitique ancienne. *Soc. Dermat.*, n° 1, janvier 1937, p. 45 et *Arch. d. s. de la Clinique de l'Hôp. Saint-Louis*, décembre 1947, n° 36, p. 484.

Histologie. — En surface, il existe une légère tuméfaction de l'épiderme qui s'accompagne d'un triple phénomène :

1° Exosérose représenté par des vacuoles importantes dans la basale.

2° Nécrose des parties superficielles de l'épiderme avec disparition des noyaux du corps muqueux.

3° Exocytose à lympho. et à polynucléaires.

Mais si ces lésions épidermiques sont importantes, elles le cèdent cependant aux lésions du derme. Celles-ci sont constituées par une capillarite diffuse d'une exceptionnelle intensité.

La lumière des capillaires est obstruée par la tuméfaction de l'endothélium; elle contient encore quelques hématies et de nombreux globules blancs. Le pourtour du vaisseau est le siège d'un infiltrat lympho-histiocytaire très compact. On y trouve également de nombreux polynucléaires qui sont souvent pycnotiques.

Évolution. — Du 19 septembre au 30 octobre 1947, le malade a eu, sans cause connue déclanchante :

1° des taches purpuriques des membres inférieurs, quelques-unes avec bulles sanglantes, par nécrose consécutive à une capillarite thrombosante, d'où des cicatrices résiduelles avec ou sans pigmentation;

2° des petits nodules de 3 à 10 millimètres, très irréguliers dans leur succession (un à cinq par jour, mais presque tous les jours) dans leur topographie frappant les jambes, genoux, cuisses, poignets, index, pouces, le bord externe de la main, front, sourcils, joues, cou, etc....

Leur durée varie de 10 à 20 jours et ils disparaissent sans traitement, sans laisser de cicatrice.

La pénicilline, à dose de plusieurs millions est restée sans effet. Le K. Thrombyl, en injections de 5 milligrammes semble avoir amélioré le purpura et le temps de coagulation, mais sans arrêter l'essaimage ni des macules purpuriques ni des nodules dermiques. Le K. Thrombyl a provoqué une subfièvre à 37°, 38°, 38°6.

Le malade va être soumis à l'antigène méthylique.

Comparaison des lésions nodulaires avec les lésions du trisymptôme. — Cliniquement l'identité est complète, histologiquement les lésions sont de même ordre, mais peuvent être à des stades et à des intensités différents.

Chez Mme C... (8.998), les lésions sont, en effet, du même type, il existe une capillarite intense avec infiltrats périvasculaires, prédominance de polynucléaires intacts ou plus souvent pychotiques. Les différences sont les suivantes : chez le présent malade R... (149.020), la capillarite est plus accusée allant le plus souvent jusqu'à la thromboïde, alors que chez Mme C..., les lumières des vaisseaux restent le plus souvent perméables. Chez R..., l'infiltrat péricapillaire est plus compact ; il existe une légère nécrose fibrinoïde et une éosinophilie que l'on ne retrouve pas chez Mme C... Chez R..., la lésion a un stade histologique plus avancé que chez Mme C..., les lésions importantes de capillarite thrombosante retentissant sur l'épiderme, déterminant une nécrose superficielle du corps muqueux de Malpighi.

Chez S... (145.043), les ressemblances sont encore plus frappantes avec R... : les lésions sont identiques, mais moins accentuées. Chez S..., en effet, il existe aussi des lésions épidermiques à type d'exocytose et d'exosérose avec des zones de nécrose épithéliale. Les lésions de capillarite thrombosante sont moins accentuées chez S... avec de nombreux polynucléaires et des noyaux pycnotiques. La nécrose fibrinoïde est moins accentuée chez R... En conclusion, S... montre un stade histologique intermédiaire entre R... et C...

Mycosis fongoïde atypique à forme de dermatite exfoliatrice sèche non prurigineuse, par MM. H. Gougerot et L. Vissian (Histologie par MM. B. Duperrat et Michel Benoit).

Cette observation est à verser au dossier des formes cliniques atypiques des mycosis fongoïdes : forme extraordinaire revêtant l'aspect d'une dermatite exfo

liatrice sèche à desquamation sèche abondante, polyadénopathie, éosinophilie à 31 o/o, sans leucémie (8.500 leucocytes) sans prurit.

Observation. — Le malade n° 148.810, né le 14 avril 1874, sans profession, entre dans le service pour une dermatite exfoliatrice sèche, ayant débuté en mars 1947, sans dermatose antérieure et sans cause apparente, par une éruption érythémateuse presque généralisée, non suintante.

Lors de son premier jour à la Clinique, du 22 avril au 1er mai 1947, l'éruption est érythémateuse diffuse, sans limites précises, à tendance extensive à l'abdomen, à la région lombaire et aux membres respectant seulement la région dorsale, toujours sèche, non suintante. Rapidement, en une quinzaine de jours, elle est devenue largement desquamante sur toute son étendue. Le prurit, très léger au début, a totalement disparu en un mois, et tout est rapidement rentré dans l'ordre après un simple traitement local à l'éosine et au baume de Baissade.

Le 17 septembre 1947 il entre pour un deuxième séjour à Saint-Louis avec un érythème squameux réapparu, il y a quelques jours sans cause décelable. Cet érythème léger, *sec*, non suintant, est très squameux, à *larges squames abondantes* ; il est presque généralisé : plus marqué aux mains, aux jambes et à la région lombaire ; il respecte le dos où l'on note des secteurs de peau à peu près saine. Il n'y a pas d'infiltration nette de la peau atteinte, pas de nodules, pas de pigmentation, *aucun prurit*.

Fait important : les *ganglions* inguinaux sont volumineux, du volume d'une grosse noisette, durs et non douloureux. C'est seulement le 3 octobre 1947 qu'une adénopathie axillaire bilatérale apparaît. La radiographie révèle une grosse masse ganglionnaire médiastinale.

L'état général est très déficient : faiblesse et maigreur, atrophie musculaire diffuse. Au cœur : double souffle mitro-aortique décelé à l'âge de 40 ans. La tension artérielle est à 11-8 au Vaquez. Les limites du foie et de la rate sont normales.

Le 23 septembre 1947, la numération globulaire et la formule sanguine révèlent une éosinophilie extraordinaire à 31 o/o. Hématies 4.050.000, leucocytes 8.500, poly. neutro. 35, poly. éosino 31, poly. baso. 1, grands mono. 12, moyens mono. 17, lymphocytes 4.

Le 19 septembre 1947, les séro-réactions sérologiques de Bordet-Wassermann et de Kahn sont négatives.

En un mot, c'est l'aspect d'une dermatite exfoliatrice sèche avec polyadénopathie et éosinophilie sanguine. Ce n'est pas une adénie prurigineuse et éosinophilique puisqu'il n'y a ni prurit, ni papules de prurigo. Ce n'est pas une leucémie, le nombre de leucocytes oscillant autour de 8.000.

Or, la biopsie réserve une surprise en révélant un mycosis fongoïde (4 octobre 1947).

Histologie. — 1° *Peau* (en région inguinale) : L'épiderme montre : une légère papillomatose avec allongement des prolongements interpapillaires; une légère exocytose à lymphocytes.

La lésion essentielle est constituée par un infiltrat lympho-histiocytaire présentant les caractères suivants : ininterrompu, cependant plus dense dans les papilles dermiques; la limite inférieure est presque rectiligne; infiltrat ne rongeant pas la basale.

La coupe n'intéressant pas l'hypoderme, on ne peut dire si cet infiltrat s'y prolonge par des manchons lympho-conjonctifs. En conclusion : érythrodermie prémycosique.

2° *Ganglion inguinal* : le nombre de follicules clos est très diminué. Cytologiquement, il existe un bariolage cellulaire très accentué où prédominent les plasmocytes, les histiocytes et des polynucléaires en plus petit nombre, dont certains sont éosinophiles. Il n'y a ni cellule de Sternberg, ni réticulose, ni cellules néoplasiques. En résumé, l'image histologique est celle d'une « adénite subaiguë ».

Évolution. — Le 12 octobre 1947, un point de côté thoracique droit et la fièvre à 38°1, l'auscultation révèlent un foyer pneumonique au sommet droit et les crachats renferment de nombreux pneumocoques (pas de B. K.). Une cure de pénicil-

line (320.000 U. O. par jour pendant 6 jours) guérit cette pneumonie. La desquamation est moins abondante, plus fine.

Le 31 octobre 1947, Giraudeau commence la radiothérapie superficielle sur la partie gauche de la paroi thoracique antérieure à 3 H. 2/10 (1 position) suivant la technique du prémycosis (1).

Allergides cutanées, papuleuses et nodulaires, par MM. H. Gougerot et Jean-Jacques Meyer (Histologie par MM. B. Duperrat et Michel Benoit).

Cette malade est un nouvel exemple de ces allergides cutanées nodulaires dont nous avons présenté d'autres observations (2). En effet, cliniquement et évolutivement les lésions sont identiques, si bien que le diagnostic a été fait d'emblée et les différences sont minimes. Chez la présente malade, les éléments sont plus rosés, plus étendus, en moyenne, plus profondément dermiques. L'évolution parallèle d'une polyarthrite (ex-pseudo-rhumatisme) est importante à noter, car la grande probabilité est que cette polyarthrite est une allergide articulaire. La cause de ces allergides cutanées et articulaires semble être streptococcique, en raison des intra-dermo-réactions streptococciques positives, du succès rapide et total de sulfamidothérapie, en moins de 8 jours, alors que les lésions résistaient depuis six mois, de la récidive de la polyarthrite et des trois nodules cutanées, 8 jours après l'arrêt du traitement, et de leur guérison rapide, complète avec la reprise de la Sumédine.

Observation. — La malade n° 149.408, ménagère, âgée de 62 ans, a vu son éruption commencer fin février ; elle était d'emblée constituée d'éléments disséminés qui se sont disséminés sans interruption depuis lors.

Le 5 août 1947, cette éruption couvre les membres inférieurs, les cuisses et les fesses surtout, les membres supérieurs, la face antérieure du thorax, le dos, l'abdomen (respectant la face) : éléments très nombreux, plus de 150 lors du premier examen, disséminés sans ordre.

La lésion « élémentaire » est un nodule dermique de coloration rougeâtre légèrement violacée ou rose mélangé de chamois (cette coloration chamois résultant de l'existence d'un infiltrat jaunâtre que révèle la vitro-pression) à bords nets curvilignes, parfois finement irréguliers, surplombant la peau saine de 2 à 3 millimètres, de dimensions variables de 4 à 5 millimètres à 30 à 40 millimètres en moyenne, parfois plus, probablement par coalescence de 2 à 3 éléments. Leur forme est soit nettement arrondie, soit ovalaire et alors plus irrégulière ; d'autres dessinent des arcs de cercle ou bien une véritable cocarde avec affaissement au centre par rapport à la périphérie seule surélevée. La consistance est ferme, mais non ligneuse, le siège est profondément dermique.

Ces éléments débutent par une petite papule rosée de 1 à 3 millimètres qui, en trois jours, aboutit au nodule. Celui-ci s'accroît par extension centrifuge, aboutissant ainsi à des éléments de dimensions plus ou moins grandes ; certains éléments s'affaissent en leur centre qui devient déprimé et légèrement cyanotique ; ainsi est réalisé l'aspect en cocarde. D'autres éléments ne forment que des segments de cercle. Cette

(1) Depuis cette présentation, ce malade s'est rapidement cachectisé et est mort le 17 décembre 1947. L'autopsie n'a pas révélé de mycosis viscéral et n'a montré que des lésions non néoplasiques : ganglions médiastinaux gros et durs, microscopiquement tuberculeux ; pleurite droite avec adhérences du cul-de-sac inférieur ; broncho-pneumonie à petits foyers purulents sans tuberculose ; aorte athéromateuse ; cœur dilaté, histologiquement léger degré de sclérose myocardique ; foie, rate, reins cardiaques macroscopiquement et microscopiquement ; kystes nombreux à la surface des deux reins.

(2) Voir notamment : H. Gougerot. Groupement pathogénique des allergides cutanées. *Soc. Dermat.*, 9 mai 1946, n° 9, p. 459 et *Académie de Médecine*, 26 novembre 1946, p. 634 ; H. Gougerot, Carteaud et Duperrat. Allergides cutanées papuleuses et nodulaires. *Soc. Dermat.*, 9 mai 1946, p. 460 ; H. Gougerot, B. Duperrat et Jean-Jacques Meyer. Nouvelle observation d'allergides nodulaires dermiques papuleuses et annulaires. *Soc. Dermat.*, 14 novembre 1946, n° 11, p. 670 ; H. Gougerot, B. Duperrat et Jean-Jacques Meyer. Nouvelle observation d'allergide dermique nodulaire et annulaire. Résorption après biopsie. *Soc. Dermat.*, 12 juin 1947, n° 6, p. 198.

extension se fait en moyenne à raison de 3 millimètres par jour en 3 jours. Pendant ce même temps, d'autres éléments s'affaissent, affaissement d'abord incomplet, puis total, laissant une macule violacée ou rosée qui disparaît en 8 à 10 jours. Toute cette évolution des éléments se fait sans douleur, ni prurit, sans signes fonctionnels...

Depuis 6 mois, les éléments papuleux, puis nodulaires, évoluent ainsi par poussées subintrantes, les éléments évoluant chacun pour leur propre compte en 2 à 3 semaines environ.

Histologie. — La coupe montre : un épiderme normal, un derme superficiel avec un infiltrat très léger à cellules isolées lymphohistiocytaires, un derme moyen et un derme profond comprenant des infiltrats très denses centrés autour des capillaires présentant parfois un endothélium turgescent ou autour des glandes sudoripares. Il s'agit d'infiltrats de types histiomonocytaires avec quelques timides ébauches de cellules épithélioïdes. Ces infiltrats ne sont pas nettement limités. On ne trouve ni polynucléaires ni débris pycnotique. La biopsie n'intéresse pas l'hypoderme.

Fait intéressant, l'installation de ces éléments cutanés a coïncidé avec un « rhumatisme », chez cette malade de 62 ans jusqu'alors indemne de toute manifestation articulaire. Les coudes, les articulations des doigts ont été atteints, ainsi que, plus légèrement, les chevilles. Tantôt il s'agit de simples arthralgies, d'autres fois de véritables poussées inflammatoires avec douleur, œdème et parfois même coloration rosée de la peau, ces localisations procèdent par poussées qui coïncident avec la recrudescence des localisations cutanées.

Des examens de laboratoire ont essayé de préciser les causes de ce syndrome et orienter la thérapeutique :

1° Alors que les intradermo-réactions à l'hémostyl, au vaccin antistaphylococcique et même à la *tuberculine* sont totalement *négatives*; par contre l'*intradermo-réaction au vaccin streptococcique est nettement positive* : nodule de 4 millimètres de diamètre avec auréole érythémateuse reproduisant les éléments de l'éruption, cette positivité prend d'autant plus de valeur que les autres intradermo-réactions sont parfaitement négatives.

2° Les séro-réactions de Bordet-Wassermann et de Kahn sont négatives.

3° La numération globulaire est, le 6 août 1947, sensiblement normale : globules rouges 4.500.000, globules blancs 4.600, hémoglobine 90 o/o, polynucléaires neutrophiles 75, éosinophiles 3, basophiles 1, moyens mononucléaires 15, lymphocytes 3, monocytes 3.

Traitement et évolution. — Le 10 août 1947, la sulfamidothérapie est instituée, à raison de 4 grammes de sumédine par jour, pendant une semaine. Dès le 3e jour de traitement, pour la première fois depuis 6 mois, se produit une disparition presque totale de l'éruption; le résultat est véritablement « spectaculaire ». Le 18 août 1947, on ne voit plus que des macules résiduelles surtout sur les fesses; seuls persistent deux nodules sur la fesse et sur l'épaule, à droite; les douleurs articulaires ont disparu. Le traitement est alors interrompu. Une semaine plus tard, le 25 août 1947, réapparaissent des arthralgies, un élément sur chaque avant-bras et un troisième sur la cuisse droite. La reprise de la sulfamidothérapie amène, de nouveau, en 8 jours, la disparition des arthralgies et des 3 nodules.

Maladie de Schaumann extraordinaire, par MM. H. Gougerot et M. de Sablet (Histologie par MM. B. Duperrat et Michel Benoit).

Cette observation pose un problème. La malade associe : l'aspect d'un prurigo chronique avec lichénification datant d'environ 24 ans; des éléments annulaires récents évoquant un mycosis fongoïde; des adénopathies généralisées; un épisode bulleux étant connu au cours de mycosis fongoïde, le diagnostic de mycosis, longuement précédé de pré-mycosis, semblait logique. Or, la biopsie cutanée d'un élément annulaire révèle une surprise : lésion de la maladie de Schaumann qui s'accordent avec la polyadénopathie et les intradermo-réactions tuberculiniques négatives, même au centième.

Qu'en conclure ? Ces deux aspects représentent-ils deux dermatoses, de cause différente, associées : une ancienne dermatose prurigineuse avec lichénification et épisode bulleux à histologie banale *et* une maladie de Schaumann récente à histologie typique ? c'est ce que nous croyons; ou bien peut-on imaginer une maladie de Schaumann à deux phases : la première atypique datant de 24 ans, débutant par cette lésion prurigineuse lichénifiée, sans histologie typique; la deuxième récente, à larges anneaux et infiltrat ayant la structure de la maladie de Schaumann ? C'est improbable.

Observation. — La malade n° 149.393, née en 1898, couturière, sans antécédent pathologique notable, a des crises de prurit et d'urticaire typique depuis l'âge de 25 ans, de durée variable de 6 à 24 mois, avec des rémissions complètes plus ou moins longues, siégeant sur les membres, le cou et le dos (donc ayant la même topographie que le prurit qui l'amène actuellement à consulter). Jusqu'en 1944, elle n'a jamais eu de lésions bulleuses, jamais de lésions circinées ou annulaires. La première crise, uniquement prurigineuse, est survenue avant une première grossesse ; la première crise d'urticaire pendant qu'elle allaitait.

En février 1944, la peau étant normale depuis deux ans, surviennent des « *rougeurs » non prurigineuses*, sur la face : l'une sur la joue droite, l'autre sur le menton, qui s'étalent peu à peu.

En juin 1944, des bulles de 10 à 15 millimètres se disséminent sur la face et le haut du thorax spontanément (aucun médicament ne peut être incriminé) et disparaissent en 8 jours.

Enfin (sans qu'elle puisse préciser les dates), les éléments érythémateux augmentent de nombre et de diamètre, avec prurit, d'abord léger, puis marqué, et de grands cercles infiltrés apparaissent.

Le 19 septembre 1947, l'éruption est un mélange de deux éléments différents :

1° une dermatose généralisée rouge, criblée de papules de prurigo disséminées sans ordre sur tout le tégument, avec lésions de grattage : excoriations, lichénification diffuse, pyodermites, etc..., envahissant même le cuir chevelu ;

2° une dizaine de lésions arrondies, circinées ou annulaires, de 5 à 20 centimètres de diamètre, siégeant sur le cou, le haut du thorax, les membres, formées par un bourrelet rouge violacé, saillant, infiltré, large de 10 à 15 millimètres, bien limité à l'extérieur, s'estompant progressivement vers l'intérieur.

Il s'ajoute des adénopathies généralisées : ganglions durs de 1 à 3 centimètres ; la rate est percutable sur trois travers de doigt, le foie est de dimensions normales.

La numération globulaire et la formule leucocytaire ne montrent rien de caractéristique : globules rouges 3.950.000, globules blancs 7.000, poly. neutro. 71, poly. éosino. 2, grands mono. 3, moyens mono. 13, lymphocytes 11.

Les réactions de Bordet-Wassermann, Hecht et Kahn sont négatives à deux reprises (19 et 29 septembre 1947).

En résumé, l'aspect clinique évoque un mycosis fongoïde; la syphilis peut être éliminée. A la rigueur, on pourrait discuter un érythème circiné annulaire centrifuge.

Histologie. — Or, à deux *biopsies* faites sur un *bourrelet* infiltré révèle « un infiltrat polymorphe comportant des amas épithélioïdes et giganto-cellulaires de *maladie de Schaumann* : le derme est le siège d'infiltrats giganto-épithélioïdes très nettement limités, n'ayant aucune tendance caséifiante.

Sur une *zone cutanée lichénifiée*, il existe un épaississement de l'épiderme et de légers infiltrats de lymphocytes, d'histiocytes et quelques éosinophiles se disposant autour des vaisseaux, donc lésions banales; pas de lésions de maladie de Schaumann.

Les *cuti et intradermo-réactions* au 1/1.000^e et même au 1/100e, à la tuberculine sont *négatives*.

Une radiographie pulmonaire montre une *image de granulie* avec peut-être une masse ganglionnaire à hauteur de la crosse de l'aorte.

Les radiographies des extrémités et du rachis, un examen ophtalmologique et un examen de la muqueuse pituitaire ne montrent rien d'anormal.

Les protides totaux du sang atteignent 90,4 avec un rapport sérine/globuline à 1,36 (sérine 52,1, globuline 38,3).

Une série de 12 bivatols reste inefficace. La malade est soumise à la radiothérapie

champ par champ (3 H avec 2/10e d'Al. par champ) sur tout le corps, sauf le bras gauche qui sert de témoin : le prurit est amélioré; objectivement les lésions sont stationnaires; l'or veineux d'abord mal toléré (urticaire et prurit) puis mieux supporté grâce au néoantergan a entraîné une amélioration nette des infiltrats annulaires; un début de granulopénie a fait suspendre l'or (à la dose totale de 1 gr. 60).

Cancer professionnel du scrotum et élaïokoniose par huile de graissage, par MM. A. Touraine et L. Golé.

« L'intérêt pratique de la question est à peu près seul », tant les cancers professionnels « sont extrêmement rares », écrivait récemment Paoli (1). La documentation de l'auteur est probablement insuffisante. En 1939 (2), j'insistais, au contraire, sur les cancers cutanés du travail et, en particulier, sur ceux des huiles de graissage. Divers travaux d'ensemble récents viennent de rappeler l'attention sur leur fréquence et leur importance (3) et Vionnet et Monnier (4) en publient un nouveau cas. Rappelons que l'important travail de S. A. Henry sur le cancer professionnel du scrotum, porte sur 40 o/o des 3.333 cas de cancers cutanés publiés en 23 ans. Notre observation en est un nouvel exemple.

Homme de 47 ans, assez arriéré intellectuellement, qui, manœuvre dans une usine, ramasse dans les sacs, depuis 25 ans, sans précautions ni hygiène, les copeaux métalliques imbibés d'huile de graissage qui tombent des machines ; ses mains, ses vêtements, le ventre, les organes génitaux sont constamment imprégnés d'huile. Aucune surveillance de la part de l'usine ni de son médecin Depuis 3 mois environ, apparition d'une adénopathie inguinale droite qui se ramollit et dont l'ulcération est précipitée par quelques pointes de feu inopportunes.

A son entrée dans le service, le 15 septembre, vaste plaie cancéreuse, profonde, anfractueuse de l'aine droite qui repose sur une tumeur qui englobe tous les ganglions inguinaux et les tissus voisins jusqu'au bord interne de la cuisse. Dans l'aine gauche, forte tuméfaction ganglionnaire, non encore fistulisée mais adhérente aux plans profonds. Sur la face antérieure du scrotum, un peu à droite du raphé, près de la racine de la verge, épithélioma étalé, ulcéré et bourgeonnant dont le malade ne peut préciser le début ; à son voisinage, quelques cornes cutanées de 4 à 6 millimètres de long. Sur l'abdomen, très nombreux éléments de kératose folliculaire, noirs, dont certains saillent de quelques millimètres. Sur les avant-bras mêmes nombreux éléments, mêlés de folliculites suppurées torpides et de plaques de kératose irrégulières. Asthénie, pâleur, léger état subfébrile, mais examen somatique normal.

Depuis l'entrée du malade, rapide extension de l'ulcération inguinale droite ; ulcérations cratériformes multiples de la tumeur de l'aine gauche. Par contre, la tumeur scrotale reste stationnaire. Une cure de 2.500.000 u. de pénicilline en 5 jours, entraînée par une infection secondaire des plaies, n'a eu aucune action sur les tumeurs. Histologiquement, il s'agit d'un épithélioma spino-cellulaire.

Placards de maladie de Darier guéris sans agent physique, par M. R. Degos.

Nous vous avons déjà présenté cette malade à la séance du 12 décembre 1946. Nous avions montré, avec preuves photographiques à l'appui, la disparition complète, sans aucune cicatrice ni atrophie cliniquement visible, de nappes étendues de dyskératose folliculaire, à la suite de médications externes non physiothérapiques.

(1) J. Paoli. *Marseille Médical*, 15 janvier 1945, p. 38.
(2) A. Touraine. *Arch. derm. syph. Clin. Hôp. Saint-Louis*, no 42 mars-avril 1939, p. 129 ; Touraine et Bour. *Rev. médic. fr.*, no 4, avril 1939, p. 285.
(3) Divers. Chemical carcinogenesis. *British med. Bull.*, t. 4, nos 5-6, 1947 ; S. A. Henry. Cancer of the scrotum in relation to occupation. *Monogr.*, de 112 p., Oxford University Press, 1946 ; A. Lacassagne. Les cancers produits apr des substances chimiques exogènes, *Monogr.* de 116 p., Hermann, 1946.
(4) Vionnet et Monnier. *Le Médecin d'Usine*, no 3, mars 1947, p. 73.

Certains membres de la Société, ayant demandé une confirmation histologique de l'authenticité de l'affection, une biopsie a été effectuée sur des placards résiduels et elle montre la structure tout à fait nette de la dyskératose folliculaire de Darier.

Depuis décembre 1947, les lésions initiales du cou et du décolleté restent effacées. Les lésions du flanc droit et de l'adbomen se sont modifiées. Les placards de 1942 ont laissé une zone de peau indemne, lisse, d'apparence normale. Mais de nouvelles lésions du même type se sont constituées en avant de la zone antérieurement atteinte (photo comparatives n° 26.188 et n° 29.236). On a l'impression d'une maladie évolutive, créant une sorte d'immunité locale lorsqu'elle s'est effacée.

Les nouveaux placards apparus depuis décembre 1946 ont aujourd'hui disparu presque complètement à la suite de l'action conjuguée de Tercinol, de vaseline salicylée et de soleil (Photos comparatives). Comme en décembre 1946, nous n'avons pu dissocier l'action de ces différents facteurs, du fait de l'impossibilité d'appliquer une thérapeutique unique chez cette malade d'un comportement psychique particulier.

Mais ces médications externes n'ont pas provoqué, comme la première fois, une irritation cutanée avec eczématisation. Celle-ci ne peut donc être invoquée. D'autre part, le placard de la région sacrée a lui aussi très nettement diminué d'étendue après l'application de Tercinol et de vaseline salicylée, sans exposition solaire. Le soleil ne semble donc pas être intervenu dans les améliorations constatées.

Parapsoriasis en plaques et éléments papuleux associés à distance, par MM. R. Degos, Et. Lortat-Jacob et B. Duperrat.

Ce malade a été présenté à la séance du 13 février 1947. La question soulevée par ce cas très particulier était soit la coexistence d'un parapsoriasis en gouttes et d'un parapsoriasis en plaques, niée par M. Civatte, soit un stade papuleux initial du parapsoriasis en plaques. M. Gougerot, à cette même séance, nous avait montré une association de parapsoriasis lichénoïde et de papules de parapsoriasis d'aspect guttata, posant le même problème nosologique. Chez la malade de M. Gougerot, les papules ont disparu assez rapidement sans laisser de traces, ce qui ne concorde pas avec l'hypothèse d'un stade papuleux initial du parapsoriasis lichénoïde. Par contre, chez notre malade, les papules à distance du placard de parapsoriasis en plaques persistent depuis quinze mois (photo Musée Hôp. Saint-Louis, n° 28.863 et n° 29.725), rendant encore plus troublante cette coexistence. Il n'y a pas eu d'évolution des papules vers un parapsoriasis en plaques, et de nouvelles papules sont apparues en avant des anciennes.

Un nouvel examen histologique a été effectué et les coupes ont été soumises à M. Civatte. Sur ces coupes, on ne perçoit pas d'altérations épidermiques. Nous ne pouvons croire à l'absence de celles-ci, puisque cliniquement il existe sur les papules une desquamation « en pain à cacheter » indubitable. Nous pensons que le prélèvement a encore été défectueux et que les couches épidermiques ont été détruites au moment de ce prélèvement, d'autant plus que la surface de la papule apparaît histologiquement écorchée, couverte de sang. Nous referons de nouvelles biopsies, mais, du seul point de vue clinique, il nous a paru intéressant de vous remontrer ce malade à dix mois de distance.

Maladie de Schaumann miliaire et annulaire, par MM. R. Degos et Et. Lortat-Jacob.

Les formes annulaires de la maladie de Schaumann sont actuellement bien connues. Il s'agit habituellement de lésions limitées à quelques éléments, groupées sur une région du corps, et formées de nodules lupoïdes, isolées ou en bande continue, assez épais. Le type dermatologique présenté par notre malade est particulier par les éléments de très petite taille, disposés en anneaux, et disséminés en grand nom-

bre sur tout le tégument. Ces micro-nodules cutanés coexistent avec une image micro-nodulaire des clichés pulmonaires.

Mme B. M..., 39 ans, est venue nous consulter le 16 octobre 1947 pour une éruption disséminée d'éléments annulaires. Les premières lésions sont apparues en mars 1947 sur la fesse droite. La syphilis ayant été soupçonnée, des réactions sérologiques ont été effectuées et se sont montrées négatives. La malade attribua ces lésions à des injections de pénicilline reçues en février pour une sinusite. Elle fut traitée par des médications externes (soufre et goudron).

Successivement, des éléments identiques, annulaires ou circinés, ont fait leur apparition sur les deux fesses, sur les lombes, sur le tronc, surtout sur le dos. Ce sont des anneaux de 10 à 30 millimètres de diamètre, circulaires ou ovalaires, la plupart complets (*Photo Musée Hôp. Saint-Louis*, nos 29.727 et 29.728). L'anneau d'un millimètre de largeur au plus, rose jaunâtre, entoure une surface de peau normale. Il est constitué par des éléments de la grandeur d'une tête d'épingle, juxtaposés, faisant une saillie minime sur la peau, mais infiltrant le derme. Ces micro-nodules sont mous, et cette consistance les oppose nettement aux lésions papulo-nodulaires miliaires de la syphilis. La vitro-pression met bien évidence un infiltrat jaune lupoïde.

Ces caractères ont orienté immédiatement le diagnostic vers la maladie de Schaumann que confirmèrent les examens histologiques, biologiques et cliniques. La cuti-réaction et l'intradermo-réaction à la tuberculine à 1 o/oo sont négatives. Les réactions sérologiques de la syphilis sont négatives. La radiographie des champs pulmonaires montre une image de granité tout à fait nette. Les radiographies des mains et des pieds ne font pas percevoir d'ostéite cystoïde. L'examen oculaire ne décèle pas d'irido-cyclite. Les coupes histologiques montrent la structure habituelle de la maladie de Schaumann.

Un cas de mélanose de Riehl guéri par la radiothérapie sur la nuque, par MM. R. Degos, P. Cottenot et Fr. Robert.

Les heureux résultats que l'un de nous a obtenus par la rœntgenthérapie sur la nuque dans le traitement des poussées congestives faciales (1) nous a incité à appliquer ce même traitement à des mélanoses de Riehl. Nous étions d'autant plus enclins à le faire que la radiothérapie cervico-dorsale a souvent des effets favorables sur le lichen plan, et, nous avons insisté à maintes reprises sur les rapports existant entre les deux affections (2).

Nous avons traité, depuis quelques mois, cinq malades par la rœntgenthérapie sur la nuque. Deux ont été perdus de vue, et deux viennent seulement de recevoir ce traitement. Mais, la malade isolée dont nous rapportons ici l'observation a été si remarquablement blanchie, après échec des nombreuses thérapeutiques habituelles, que nous avons cru intéressant de vous la montrer.

Mme M. C..., 35 ans, est atteinte depuis avril 1946 d'une pigmentation intense du visage, recouvrant toute la face, s'arrêtant d'une façon nette à la région sous-mentonnière. Cette mélanose diffuse, d'un brun-noir, s'accompagne d'une légère desquamation furfuracée et d'un prurit intense empêchant le sommeil.

Le début s'est fait assez brusquement, sans choc émotif préalable, sans exposition solaire. La malade ne se teint pas les cheveux et n'emploie pas de fards. L'examen complet ne nous a rien décelé d'anormal. Il n'y a pas de lichen plan cutanéo-muqueux. La tension artérielle n'est pas abaissée. L'élimination de l'acide ascorbique est correcte (réaction de Tillmans), il n'y a pas de carence en vitamine C.

La malade a reçu des doses très élevées de vitamine PP, en particulier des cures de 40 centigrammes d'amide nicotinique injectable tous les jours pendant 8 semaines sans résultat. Elle a également été traitée par l'acide para-aminobenzoïque *per os* (0 gr. 40 à 1 gr. 20) par jour) conjugué au benzoate d'éthanolamine en injections (0 gr. 10 à 0 gr. 30 par jour) pendant 5 semaines consécutives, sans la moindre influence sur la pigmentation et avec un effet transitoire sur le prurit. Bien au

(1) Cottenot (P.) et Desaux (A.). *Soc. fr. de Dermat. et de Syph.*, no 2, février 1947, p. 66.
(2) Degos (R.) et collab. *Soc. fr. de Dermat. et de Syph.*, 14 janvier 1943, p. 62 ; *ibid.*, 8 avril 1943, *p.* 106 ; *ibid.*, 12 juillet 1945, p. 213.

contraire, ces divers traitements associés aux autres médications internes et externes habituelles n'ont pas empêché la mélanose de s'étendre et de devenir de plus en plus foncée.

Le 24 février 1947 la radiothérapie sur la nuque est commencée suivant la technique utilisée par l'un de nous dans les états congestifs du visage. Sous 140 kV, 3 milliampères, distance Focus Peau 23 centimètres, filtration 5 mm. Al., l'irradiation a été faite sur un champ de 9 × 9 centimètres localisé sur la partie haute de la nuque, empiétant de 3 centimètres sur le cuir chevelu. A raison de 3 séances par semaine, la première de 100 r, les suivantes de 150 r, la malade reçoit dans une première cure 5 applications.

Une légère exacerbation du prurit suit la première séance, mais celui-ci, qui était si intense qu'il empêchait le sommeil, disparaît complètement quelques heures après la deuxième séance. Une légère reprise du prurit 5 jours après la cinquième séance nous amène à faire une sixième irradiation, soit au total 850 r.

La malade est revue le 23 avril 1947, c'est-à-dire moins de deux mois après la fin de cette premère cure. La pigmentation est déjà très atténuée sur la totalité du visage. En juin 1947, une deuxième cure radiothérapique suivant la même technique est appliquée : 4 séances de 150 r.

La malade n'est revue que le 22 octobre 1947. La teinte de son visage et de son cou est devenue normale malgré un séjour passé à la campagne durant un été particulièrement ensoleillé. Le prurit n'est jamais réapparu.

Cette guérison totale par la radiothérapie de la nuque d'une mélanose de Riehl intense avec prurit très accentué, ayant résisté aux médications habituelles, a un gros intérêt thérapeutique et étiopathogénique. Certes, ce traitement demande à être confirmé. Mais, ce premier cas nous permet déjà de conclure que, chez ce malade tout au moins, certaines hypothèses pathogéniques ne peuvent être retenues : agents externes, troubles hépato-intestinaux, dysendocrinies. Par contre, il semble montrer le rôle du sympathique, dont le ganglion cervical supérieur est intéressé directement par l'irradiation de la base du crâne. Il appuie l'opinion que l'un de nous avait été le premier à formuler (1) de l'importance des troubles nerveux dans l'apparition de cette mélanose, qui la rapproche ainsi, par de nombreux points, du lichen plan dont M. Gougerot a si remarquablement étudié les formes pigmentogènes d'emblée.

Mélanose de Riehl très intense durant depuis quatre ans, guérie par radiothérapie hypophysaire, par MM. M. Bolgert, L. Stuhl et C. Fauré.

Une pathogénie de la mélanose de Riehl, fondée sur l'étude d'une quarantaine de cas longuement suivis a déjà été exposée par l'un de nous dans plusieurs publications (2). Due, selon lui, à la libération intestinale de corps pigmentogènes, cette affection n'apparaît que chez certaines femmes, présentant un terrain endocrinien particulier dont l'hypersécrétion d'hormone mélanotrope d'origine hypophysaire serait un élément fondamental. Environ 80 o/o des cas guérissent par une thérapeutique intestinale et il est vraisemblable que les 20 o/o d'échecs relèvent de la persistance excessive de sécrétion mélanotrope. Le succès de la radiothérapie hypophysaire appliquée chez la malade qui fait l'objet de cette présentation vient confirmer le bien fondé de cette dernière hypothèse.

Mme D.., 51 ans, sans profession, présentait depuis le début de 1943, soit depuis plus de quatre ans, une mélanose de Riehl typique et intense quand nous commençâmes à la suivre fin 1945 ; le visage de la malade paraissait avoir été passé au charbon, il

(1) Degos (R.) et Carrot (E.). — *Soc. fr. de Derm. et de Syph.*, 8 avril 1943, p. 106.

(2) M. Bolgert. Étiologie et pathogénie de la mélanose de Riehl fondées sur l'étude de 39 cas. *Bull. Soc. Derm. Syph.*, n° 9, septembre 1946. Séance du 9 mai 1946, p. 475 (avec références antérieures) ; Étiologie et thérapeutique de la mélanose de Riehl. *Gaz. Méd. de France*, t. **54**, n° 19, 1er numéro d'octobre 1947, p. 633 ; La mélanose de Riehl. *Conférence du 22 juillet 1947 in Sem. des Hôp. de Paris.* Actualités cliniques et scientifiques, 12 novembre 1947.

était brun à reflets grisâtres. Cette pigmentation d'aspect réticulé s'accompagnait par moments de phénomènes subjectifs pénibles, prurit, impression d'étirement de la face et des lèvres. Il existait en outre chez elle le cortège symptomatique digestif et nerveux habituel chez les mélaniques : la malade est anxieuse, nerveuse, infiniment préoccupée de son affection dont l'intensité constitue une véritable infirmité ; elle souffre d'une constipation tenace, avec fermentations marquées ; ménopausée depuis 1942, sa tension est sensiblement normale à 15/8. Plusieurs métabolismes basaux ont donné, comme il est fréquent, des résultats discordants : — 13 o/o (5 novembre 1946), + 10 o/o (31 décembre 1946), après administration d'extrait thyroïdien ; — 5 o/o (27 février 1947). Le dosage de l'hormone mélanotrope urinaire montre des fluctuations parallèles à la pigmentation et fournit des chiffres souvent pathologiques : + 20 unités (20 décembre 1945 ; moins de 2 unités (11 mars 1946) à une période d'amélioration ; + 5 unités (21 mars 1946) au moment d'une reprise ; + 10 unités (8 novembre 1946) ; moins de 3 unités (3 janvier 1947) à une période d'amélioration ; + 20 unités (14 février 1947) après nouvelle récidive.

Antérieurement à nos soins, la malade avait subi sans succès diverses thérapeutiques : vitamines C et PP administrées largement *per os* et par injections, benzogynoestril 5, etc... Dès fin 1945 nous la soumettons à une thérapeutique intestinale ; ultérieurement, en outre, nous exigeons la suppression des crèmes de beauté et prescrivons pendant un temps de l'extrait thyroïdien, d'ailleurs mal supporté malgré l'abaissement du M. B. De façon permanente, des calmants nervins sont conseillés.

On obtient une régularisation de l'état intestinal mais la pigmentation s'améliore incomplètement et toujours transitoirement en raison de nouvelles poussées.

Convaincu de l'importance chez ces malades du rôle de l'hormone mélanotrope, nous nous décidons à tenter chez Mme D..., la radiothérapie hypophysaire. Celle-ci est effectuée par deux champs temporaux et deux malaires droits et gauches (tension 180 kilovolts. Filtration : 1 cm. + 2 Al. Distance focale : 40 centimètres, 200 r tous les 3 jours, soit 800 r par champ et 3.200 r au total). Ce traitement est parfaitement supporté et toute alopécie, même transitoire, fait défaut. Immédiatement après, le teint est légèrement mais nettement éclairci. Revue le 8 octobre 1947, la guérison paraît complète : il persiste seulement sur les régions temporales et malaires un très léger reliquat pigmentaire en partie attribuable à la radiothérapie. Comme il est habituel un séjour dans le Midi, qui avait suivi le traitement radiothérapique, n'a pas empêché la pigmentation de disparaître, malgré un été particulièrement ensoleillé.

Cette observation constitue le premier cas de guérison d'une pigmentation par radiothérapie de l'hypophyse. En affirmant le rôle de cette glande dans la pathogénie de la mélanose de Riehl, elle soulève aussi celui de l'origine hypophysaire des pigmentations en général beaucoup plus séduisant à admettre que leur origine sympathique, pourtant classique, mais qui ne repose sur aucune donnée expérimentale sérieuse.

Eruption maculeuse des fesses et des jambes apparue quinze jours après une vaccination antivariolique à la cuisse et durant depuis six mois, par MM. M. Bolgert et F. Flandin.

En mai 1947, Mlle L..., 26 ans, se fait vacciner contre la variole à la cuisse droite, sans résultat.

droite, *sans résultat.*

Quinze jours après, apparaissent des éléments cutanés sur les jambes, sur les fesses, à l'emplacement du vaccin et sur le ventre. Elle consulte en juin, en pleine évolution.

Il s'agit d'éléments maculeux, disséminés, de petite taille, à type d'eczématides, non prurigineux, psoriasiformes sur le ventre, pityriasiformes sur les fesses et les jambes; le siège du vaccin est représenté par une aréole rouge finement squameuse.

Au début d'octobre, il ne persistait plus que les éléments fessiers que nous avons fait photographie. Ils ont l'allure de parakératoses.

Peut-on considérer une telle coïncidence d'apparition comme une réaction biotropique due à la vaccine jennérienne, malgré l'absence d'évolution de celle-ci ?

En outre, la persistance de cette réaction pendant des mois est également un caractère curieux.

Lichen des lèvres d'aspect érythématoïde, par MM. F. Coste et B. Piguet.

Le malade, âgé de 56 ans, vient consulter en décembre 1946 pour une lésion des lèvres siégeant sur le bord rouge externe et sur la face muqueuse des lèvres.

Cette lésion ayant débuté en mars 1946 au niveau d'une des commissures de la lèvre inférieure, s'étend progressivement à la totalité de cette lèvre, malgré 6 séances de radiothérapie en mai 1946 et 7 mois plus tard envahit à son tour la lèvre supérieure.

Quand nous voyons le malade pour la première fois, il présente sur les deux lèvres, particulièrement sur le bord libre, une lésion hyperkératosique recouverte de squames et fissurée, avec des stries blanchâtres nacrées, disposées en faisceaux antéro-postérieurs, et, par places, un pointillé blanc très fin siégeant principalement sur la partie muqueuse de la lèvre.

A sa périphérie, la lésion paraît limitée par une bordure un peu saillante, de teinte légèrement irisée ; le pointillé blanchâtre ne présente aucune dépression infundibuliforme au niveau de ses éléments, et la palpation ne révèle aucun nodule dans l'épaisseur des lèvres.

Il n'existe aucune lésion de lichen à la face interne des joues, ni sur les organes génitaux.

Le Bordet-Wassermann est négatif.

Dans les antécédents, on relève qu'en 1934 le malade aurait été traité par du bismuth, pour une luche érythémateuse et prurigineuse de la joue gauche, considérée à l'époque, comme un lupus érythémateux, et qui aurait disparu rapidement sous l'effet de la thérapeutique.

Nous sommes donc portés à poser le diagnostic de lupus érythémateux des lèvres.

Vu cette hypothèse, on entreprend une série d'injections de bismuth Quinby) qui n'amène pas d'amélioration, puis un traitement par les sels d'or, le malade reçoit en tout 1 gr. 80 de crisalbine par voie intraveineuse.

Au cours de ce traitement apparaît sur la face interne de la joue droite absolument indemne jusque-là, une lésion blanchâtre de lichen plan typique, lésion qui s'étend rapidement de la commissure droite jusqu'aux dernières molaires.

L'examen histologique de cette lésion montre l'aspect habituel du lichen. Celui de la lésion des lèvres également, mais modifié par une inflammation considérable.

Le diagnostic de lichen plan aurique surajouté ou de lichen révélé par la chrysothérapie peut alors se discuter pour la lésion jugale.

Ce cas illustre bien le difficile problème diagnostique qui peut s'élever parfois entre lupus érythémateux et lichen plan des lèvres, problème sur lequel Gougerot a bien souvent attiré l'attention

Allergides nodulaires, dermiques, papuleuses et annulaires, par MM. F. Coste et B. Piguet.

Mlle S..., âgée de 18 ans, vient consulter le 9 juillet 1947 pour une éruption siégeant surtout aux membres et au visage.

Ces lésions actuelles ont été précédées il y a 1 mois exactement, après une période d'asthénie et d'inappétence de 6 semaines, secondaire à une angine de Vincent, par des poussées d'éléments éruptifs arrondis, siégeant aux membres inférieurs, d aspect nodulaire, infiltrés, rouges ou violacés, douloureux spontanément et à la pression au point d'obliger la malade à s'aliter. Une angine, une stomatite aphteuse avec adénopathie cervicale et une élévation thermique à 38°-38°2 s'associent à l'éruption qui se constitue en 5 jours par vagues successives et disparaît en 15 jours environ : les éléments passant par les teintes diverses de l'ecchymose. Le diagnostic d'érythème noueux posé par un confrère paraît tout à fait probable. A ce moment l'examen hématologique révèle une leucocytose légère (11.200) une anémie discrète (4.000.000). La sédimentation globulaire est accélérée : 24/49/90. La cuti-réaction à la tuberculine est très positive, papuleuse (elle était d'ailleurs déjà positive à 14 ans).

Cette poussée d'érythème noueux était en voie de disparition et il ne subsistait

que quelques traces de nouures, quand se fit au 15e jour, l'éruption qui nous amena la malade et qui parut immédiatement très différente de la précédente.

Cette éruption était composée d'éléments divers :

1° De nombreux petits nodules dermiques, papuleux, rouge assez vif, à limites imprécises, mesurant 5 à 8 millimètres de diamètre moyen, siégeant sur les quatre membres de façon diffuse avec cependant une nette prédilection pour les jambes et les avant-bras. Quelques éléments semblables sur le thorax et l'abdomen.

2° De quelques nodules très saillants, blanchâtres, isolés, de 2 à 5 millimètres de diamètre, siégeant sur la paupière supérieure et à l'angle externe de l'œil gauche ainsi qu'au poignet gauche. Aux paupières on pouvait les pincer facilement et saisir leur consistance très dure.

3° Sur la face antérieure des poignets, le dos des mains, la face dorsale des phalanges, sur les chevilles, le dos des pieds et les orteils, en somme aux extrémités, d'éléments annulaires, en cocarde de 1 à 2 centimètres de diamètre. La périphérie constituait une sorte de bourrelet saillant de 1 millimètre environ, par rapport aux téguments environnants et formé de nodules juxtaposés et confluents. La teinte de cet anneau était jaune-blanc, en certains points rosé ou même violacé, mais toujours à prédominance de teinte blanche. La consistance de cette bordure était très ferme, dure. La zone centrale de l'élément, absolument lisse, unie, surélevée aussi, paraissant plus rosée ou même violacée, mais très légèrement, parfois elle restait blanche comme la périphérie ou jaune chamois clair, contribuant à donner l'aspect en cocarde. Au total, aspect évoquant le granulome annulaire.

Les éléments annulaires paraissaient s'accroître excentriquement par confluence des nodules dermiques précédemment décrits, au dire de la malade.

Cette éruption seconde ne s'accompagne d'aucun prurit, d'aucune douleur et d'aucun symptôme général, pas de fièvre en particulier. Il n'existait qu'un peu d'œdème malléolaire le soir.

Les éléments apparurent en quelques poussées initiales, puis il n'y en eut plus de nouveaux.

Devant l'aspect clinique de ces divers types d'éléments, le rapprochement avec les cas d'allergides nodulaires dermiques, papuleuses et annulaires décrites en 1946 par MM. Gougerot, Carteaud et Jean-Jacques Meyer s'imposait.

Nous pratiquons alors dans les jours suivant un examen général pour tenter d'éclaircir la nature de la réaction allergique.

Le *cœur* est normal : aucun signe d'endocardite.

Les *poumons* sont cliniquement et radiologiquement normaux.

La *rate* n'est pas tuméfiée.

L'*hémoculture* est négative.

Les *intradermo-réactions à la tuberculine* sont très positives à partir du 1/1.000 (papule de 1 centimètre persistant légèrement 3 mois plus tard).

L'*intradermo-réaction du vaccin antistaphylococcique* donne au bout de 48 heures une légère macule de 5 millimètres surmontée d'une petite phlyctène de 1 millimètre de diamètre.

L'*intradermo-réaction au vaccin antistreptococcique* donne au bout de 48 heures une papule nodulaire de 1 centimètre de diamètre, très rouge, donc réaction très positive.

Le *test à l'hémostyl I. D.* reste négatif.

Le Bordet-Wassermann est négatif, de même que les réactions de Besredka et de Boquet-Nègre.

L'*enquête étiologique* relève cependant un élément important : la malade a été, depuis deux ans, au contact quotidien de deux bacillaires ayant émis des bacilles de Koch à plusieurs reprises.

L'*examen histologique* de 2 éléments de la variété nodulaire rouge siégeant sur les 2 *genoux* montre :

A droite : Nodule dermo-hypodermique avec infiltrats de lymphocytes et rares polynucléaires. Un peu de lipophagie, quelques cellules géantes à type d'inclusion de corps étrangers. Quelques polynucléaires à noyaux pycnotiques. Ces vaisseaux capillaires sont oblitérés par un processus endothélial. L'ensemble étant plus proche de l'érythème induré que de l'érythème noueux (Civatte).

Voici d'ailleurs l'interprétation que nous a donné M. Duperrat de la même coupe :

Lésions inflammatoires complexes évoluant finalement vers la fibrose. Les infiltrats diffus sont constitués à la fois par des histiocytes, des lymphocytes et par de

rares polynucléaires neutrophiles. On ne voit ni éosinophiles, ni noyaux nus (ou tout au moins les noyaux nus sont extrêmement rares). Ces infiltrats évoluent soit vers la formation de rares cellules épithélioïdes avec ébauche de cellules géantes, soit vers le type fibroblastique. Cette dernière éventualité est la plus fréquente. Les lésions des capillaires consistent surtout en turgescence de l'endothélium. Il ne semble pas y avoir de thrombose. La nécrose fibrinoïde de la média est à peine esquissée. Il ne s'agit sûrement pas d'un granulome annulaire. Cela ressemblerait très vaguement à des sarcoïdes de Darier-Roussy. Il est possible que cela soit la forme chronique plastique, la forme constructive des allergides.

A gauche : Infiltrats lymphocytaires des parties superficielles du chorion, toujours orientés le long des vaisseaux. Certains sont assez clairs. Il pourrait d'après M. Civatte, s'agir de la portion périphérique d'un élément de granulome annulaire.

L'histologie d'un élément franchement annulaire du poignet montre des infiltrats dermiques profonds, touchant l'hypoderme, en larges traînées relativement peu abondantes en lymphocytes, rappelant un peu le granulome annulaire. On s'attendrait à trouver la dégénérescence fibrinoïde qu'on n'aperçoit pas cependant (Civatte).

Évolution. — La malade est traitée dès le 16 juillet par un antihistaminique récent, le 3.277 R. P. à la dose de 0 gr. 10 par jour pendant près de 3 mois.

Peu à peu, des différents éléments cutanés, certains s'affaissent en leur centre puis à leur périphérie et s'effacent complètement. Sans s'accroître manifestement, les autres (seulement les éléments annulaires) persistent, presqu'uniquement à la face dorsale des pieds, et vont en s'agrandissant excentriquement et en formant soit des éléments plus grands, surélevés, de 3 à 4 centimètres de diamètre avec un bourrelet périphérique nodulaire et papuleux très dur, soit des fragments d'anneaux polycycliques et confluents. Dans l'ensemble, ces éléments résiduels ont une bordure plus congestive qu'il y a 3 mois. Ces lésions sont celles que l'on peut voir actuellement chez notre malade et qui rappellent nettement le granulome annulaire.

En conclusion, il nous semble que ce cas rentre tout à fait dans le groupe des allergides nodulaires dermiques, papuleuses et annulaires dont le Pr Gougerot a fait il y a *un* an l'étude synthétique dans une communication à l'Académie de Médecine. Mais il est possible qu'il s'agisse ici d'un type un peu spécial, d'une forme chronique plastique des allergides. Et du fait des circonstances étiologiques, ce cas nous paraît être une tuberculose allergide.

Allergide cutanée à l'atropine, forme dermique nodulaire, à disposition annulaire centrifuge et en placards marginés à type d'érythème polymorphe, par MM. F. Coste et B. Piguet.

Malade âgé de 62 ans, traité depuis 15 jours par l'injection quotidienne de 1/2 milligramme de sulfate d'atropine pour bronchochorée chronique sans tuberculose.

L'éruption, apparue 8 jours après le début des injections d'atropine, a débuté aux cuisses et sur le tronc, sous forme d'éléments papuleux, lenticulaires, de teinte rosée et prurigineux.

Par poussées successives pendant 2 ou 3 jours apparaissent des éléments nouveaux, disséminés sur tout le corps, mais prédominants au niveau des régions scapulaires, des faces latérales du thorax et des membres inférieurs.

L'évolution des lésions est très caractéristique, les papules primitives s'accroissent excentriquement en quelques jours, constituant 3 sortes d'éléments.

1° Les plus petits se voient surtout sur les faces latérales du thorax et sont des éléments rosés ou blancs jaunâtres, circulaires de 1 à 2 centimètres de diamètre, très saillants dans l'ensemble, mais surtout à leur périphérie, où existe un bourrelet dur, paraissant formé d'éléments nodulaires alors que le centre est légèrement déprimé. L'aspect rappelle celui du granulome annulaire.

2° Sur les régions scapulaires, les cuisses et les jambes prédominent de larges plaques de 5 à 7 centimètres de diamètre, de teinte rosée à périphérie saillante plus foncée, violacée, formant un bourrelet dur, polycyclique, où l'on devine la confluence de nombreux nodules. L'ensemble rappelle l'érythème annulaire centrifuge de Darier.

Au bout de quelques jours ces plaques disparaissent d'abord en leur centre avec fine desquamation et pigmentation résiduelle légère, alors que le bourrelet périphérique se disloque en arabesques, plus lentes à s'effacer.

3° Enfin un troisième type d'éléments siège aux cuisses et aux jambes : ce sont de vastes placards constitués par la confluence des plaques précédentes atteignant une taille de 10 à 15 centimètres dans certaines dimensions. Ils ont une teinte plus violacée que les éléments moyens, avec un centre légèrement gris et leur périphérie est également marquée par un bourrelet saillant polycyclique. L'ensemble rappellerait un peu certains érythèmes polymorphes, n'était le bourrelet dur, très saillant et nodulaire. Ces placards s'atténuent par le centre, le liséré périphérique étant le dernier à disparaître.

Quelle que soit leur taille les divers éléments éruptifs ont un air de famille et semblent représenter les stades évolutifs d'un même processus.

L'affection n'a pas comporté d'autres poussées que celle des 2 ou 3 premiers jours. En 3 semaines environ la plupart des petites et moyennes lésions se sont effacées. Les grands placards ne disparaissent, presque complètement, qu'en 1 mois 1/2.

L'évolution s'est faite sans fièvre.

Les intradermo-réactions à la tuberculine sont positives à partir du 1/1.000.

Le malade ayant eu, quelques semaines avant le début de l'éruption, une injection intratrachéale de lipiodol, nous recherchons sa sensibilité à l'iode. L'ingestion pendant 2 jours de 0 gr. 50 de NaI ne donne aucune réaction cutanée.

Par contre, l'injection de 1/4 de milligramme de sulfate d'atropine alors que l'évolution des lésions paraissait terminée, déclenche l'apparition de 2 papules rouges, prurigineuses sur les avant-bras identiques à celles qui ont marqué le début de l'éruption. Nous en concluons à la sensibilisation vraisemblable au sulfate d'atropine.

La biopsie du bourrelet périphérique d'un des éléments moyens de la région scapulaire montre un infiltrat diffus du derme papillaire et du chorion avec beaucoup d'éosinophiles, ne touchant pas sensiblement l'épiderme, avec œdème important du derme et rappelant tout à fait d'après M. Civatte ce que l'on voit dans les érythèmes centrifuges annulaires de Darier.

La similitude d'aspect entre les éléments de petite et moyenne taille présentés par ce malade et ceux de notre cas précédent nous incite à voir ici encore une allergide dermique nodulaire papuleuse et annulaire réalisant cependant, par confluence, de grands placards et évoluant plus rapidement que les formes habituelles puisqu'en 1 mois et demi tout a disparu.

Ces lésions se différencient de l'érythème annulaire centrifuge de Darier tel qu'il est décrit classiquement par l'évolution rapide et en une seule poussée.

Elles se différencient de l'érythème polymorphe aigu banal par le bourrelet dur périphérique, l'absence de bulles et d'après M. Civatte, par la structure histologique; dans l'érythème polymorphe on trouverait beaucoup moins d'éosinophiles et plus d'atteinte épidermique.

Ce cas pose un problème doctrinal et semble montrer que le cadre des allergides dermiques nodulaires et papuleuses peut englober des types morphologiques variés, tels que ceux du granulome annulaire, de l'érythème polymorphe, de l'érythème centrifuge annulaire de Darier, et qu'elles peuvent réaliser des formes de passage, des transitions cliniques entre eux.

Il est vrai que les réactions cutanées précitées ont été depuis longtemps soupçonnées de pouvoir traduire des phénomènes de sensibilisation ou d'allergie cutanée.

Dermatite polymorphe à début atypique, par MM. F. Coste et B. Piguet.

Malade âgée de 56 ans, venue consulter pour une éruption de la face externe et antérieure du bras gauche durant depuis 3 mois. Dans les antécédents, 2 ans auparavant, éruption analogue sur l'autre bras.

L'éruption, très prurigineuse, est constituée par de petites papules de 1 à 4 millimètres, planes, légèrement rosées ou jaunâtres, brillantes, arrondies ou polygonales, certaines tout à fait analogues à celles d'un lichen plan, d'autres légèrement bombées, enfin d'autres à centre un peu ombiliqué.

Au cours de l'évolution de ces papules apparaissent à plusieurs reprises à leur surface de petites bulles plates. Au milieu de plusieurs dizaines d'éléments papuleux simples ou bulleux, deux bulles seulement sont sur macule érythémateuse.

Cliniquement l'aspect pourrait faire penser à un lichen plan bulleux, à un lichen ruber vesiculosus.

Au niveau de toutes les papules lichénoïdes l'épiderme se décolle facilement, réalisant un signe de Nikolsky.

Par ailleurs la malade signale un décollement facile de l'épiderme depuis 3 ans au moindre frottement et la peau des membres supérieurs présente un aspect légèrement ichtyosiforme.

Il n'existe aucune lésion buccale.

Un Bordet-Wassermann + est découvert à l'examen systématique.

La formule sanguine est la suivante : hématies 3.870.000, leucocytes 7.200, hémoglobine 80 o/o, poly. neutrophiles 63 o/o, éosinophiles 5 o/o, basophiles o, lymphocytes 22 o/o, monocytes 10 o/o.

Sédimentation globulaire accélérée 16/43/91.

L'examen histologique des éléments papuleux révèle qu'ils sont surmontés d'une bulle minuscule sous-épidermique avec absence de lésions de lichen plan et aspect typique de dermatite polymorphe de Dürhing-Brocq.

On doit donc poser le diagnostic de dermatite polymorphe à début par éléments lichénoïdes.

La poussée bulleuse disparaît rapidement au 4[e] mois de l'évolution en même temps que les papules.

Lupus érythémateux au cours d'un traitement bismuthique, par MM. F. Coste et B. Piguet.

Malade de 35 ans traité régulièrement pour syphilis par le bismuth et le mercure depuis 1937. Bordet-Wassermann négatif.

En mars 1947 on entreprend une nouvelle série de bismuth (bivatol) au cours de laquelle apparaissent sur les joues et les pavillons de l'oreille des lésions disséminées de lupus érythémateux, qui s'étendent ensuite sur les régions mastoïdiennes, les faces latérales du cou, les régions sous-orbitaires et le nez. Lupus confirmé par l'histologie.

Intradermo-réactions à la tuberculine positives à partir du 1/1.000.

Le bismuth n'a donc pas entravé le développement d'un lupus érythémateux. Peut-il même le favoriser ? C'est une question que nous posons.

Alopécie totale et rapide après ingestion d'un raticide, par MM. R. Degos et G. Garnier.

Vous avez pu voir dans quel triste état est la chevelure de cette jeune fille de 16 ans qui nous a été adressée il y a quelques jours parce qu'elle perd ses cheveux en abondance : une large couronne alopécique déglabre son cuir chevelu et sur le sommet de la tête le reste de la chevelure est aggloméré en paquets feutrés où les cheveux sont inextricablement emmêlés.

Aucune maladie infectieuse dans les antécédents, Wassermann négatif. D'ailleurs on ne voit jamais d'alopécie infectieuse prendre une allure si brutale. On interroge donc la malade sur les causes toxiques possibles et l'on apprend que 10 jours environ avant le début de la chute des cheveux, elle a absorbé un paquet de raticide Denis pour mettre fin à une existence que des chagrins d'amour lui rendent, dit-elle, insupportable.

Nous l'avons priée de racheter un paquet de ce raticide car dans sonéénergie elle avait tout absorbé, sans en être d'ailleurs le moins du monde incommodée.

Nous avons pu alors constater que ce raticide est à base de *nitrate de thallium* dont il contient 0,83 o/o, ce qui, pour le poids de la patiente et en tenant compte de la dose absorbée représente à peu près 6 milligrammes par kilogramme ; dose voisine de la dose maxima qu'avait atteint Sabouraud pour le traitement des teignes par l'acétate de thallium.

Le pronostic est évidemment sévère pour la chevelure de notre jeune désespérée, mais nous espérons que ce dommage esthétique certain la guérira de ses peines de cœur et lui enlèvera en tout cas l'envie de se servir de la mort aux rats pour mettre fin à ses jours.

Syndrome entéritique suivi d'urétrite et de lésions cutanées et muqueuses sans arthrite (Pseudo-gonococcie entéritique), par M. Georges Garnier.

Dénommé à l'étranger Maladie de Reiter, en France syndrome conjonctivo-urétro-synovial de la dysenterie de Fiessinger et Leroy, ou plus récemment par MM. Touraine et Ruel : pseudogonococcie entéritique, ce curieux syndrome pose une série de problèmes étiologiques et nosologiques encore mal élucidés.

L'observation que je rapporte aujourd'hui confirme un certain nombre de données classiques, mais montre bien les difficultés qu'il y a à classer cette affection de façon précise.

Un homme de 37 ans, fonctionnaire colonial, m'est adressé le 16 septembre 1947 pour une série de lésions cutanées : génitales, crurales, palmaires et plantaires qui l'inquiètent fort. Il raconte l'histoire suivante : c'est le 31 août 1947 que sont apparus les premiers symptômes : troubles digestifs avec spasmes, douleurs gastriques, hoquet et diarrhée.

Cette diarrhée qui dure 2 ou 3 jours est d'intensité moyenne, 3 à 4 selles par jour, liquides, mêlées de glaires blanchâtres. Selles impérieuses mais non douloureuses, sans tenesme.

Deux ou trois jours après le début apparaît l'*urétrite* précédée elle-même par une balanite avec aspect macéré et enduit « sirupeux » dit le malade.

L'urétrite est légère, l'écoulement se produit surtout matin et soir, d'un pus assez épais jaunâtre. Pas de brûlures à la miction, mais légère pollakiurie.

L'urétrite dure environ 8 jours.

En même temps que l'urétrite commence la stomatite : « taches rouges » sur la langue et les lèvres aux dires du patient.

Vers le 6 ou 7 septembre débutent les lésions cutanées des aines sous l'aspect de bulles flasques qui font place rapidement à des placards rouges suintants de la région inguinale, puis du scrotum et du fourreau de la verge. Quelques jours plus tard, atteinte des pieds puis des mains mais très modérément.

C'est vers le 12 septembre qu'apparaît une *conjonctivite* très fruste : rougeurs, brûlures et discret écoulement de pus à l'angle interne de l'œil le matin. Cette conjonctivite dure à peine 3 à 4 jours. En même temps qu'elle, se manifeste un peu d'enchiffrènement nasal avec croûtes narinaires.

A aucun moment la température n'a dépassé 37°5 le soir.

A l'examen le 16 septembre 1947, je constate une série de lésions muqueuses et cutanées.

Toute la bouche est le siège d'une stomatite caractérisée par un énanthème diffus, d'un rouge vif scarlatin, langue rouge vernissée et dépapillée, le voile est rouge avec un piqueté très fin, les lèvres sont sèches, un peu fuligineuses. Aucune trace de bulle ou d'érosion.

Les lésions cutanées sont caractérisées par une parakératose en nappe du scrotum, du fourreau de la verge et des aines : lésions érythémato-squameuses psoriasiformes avec en bordure quelques lésions isolées, arrondies comme un élément de psoriasis pustuleux. Il n'y a pas d'infiltration mais une couleur un peu cuivrée : tout le limbe préputial est rouge sombre avec des fissures et un léger infiltrat qui empêche de découvrir le gland où il semble exister encore un certain degré de balanite.

La région anale est le siège d'un intertrigo en nappe.

Pas d'adénopathie inguinale.

Aux pieds on remarque sur les plantes de grosses papules dures sous-cornées, rondes, de la taille d'une grosse lentille de couleur rouge brunâtre, d'aspect très syphiloïde.

Aux mains, les lésions sont beaucoup plus discrètes, réduites à quelques éléments papulo-squameux des pulpes du pouce et de l'index sans atteinte palmaire.

Le reste des téguments est intact.

L'examen somatique ne révèle rien d'anormal, il n'y a pas notamment la moindre atteinte articulaire.

L'interrogatoire permet de préciser un certain nombre de points :

1° *Dans les antécédents* on relève une blennorragie en 1937 et au cours d'un séjour au Sénégal en 1937 une dysenterie amibienne qui ne s'est jamais manifestée depuis.

2° Le patient précise que le dernier rapport sexuel remonte à 2 mois.

3° Deux examens de laboratoires ont été pratiqués depuis le début : une analyse de

l'écoulement urétral qui a montré l'absence de gonocoque, mais la présence d'*entérocoques*, et un Wassermann qui s'est révélé négatif.

4° Les thérapeutiques énergiques qui ont été mises en œuvre sont apparues sans effet contre les lésions : Thiazomide 6 grammes par jour pendant 3 jours, puis pénicilline à 400.000 unités quotidiennes pendant 3 jours, qui n'ont pas influencé les localisations cutanées ou muqueuses.

Je prescris le 16 septembre des bains de bouche alcalins, des badigeonnages des lésions inguino-génitales avec la solution de Milian (sol. de violet de méthyle et vert de méthyle à 1 pour mille) et les injections de vitamine B_2 (lactoflavine).

Un nouvel examen du sang montre un Wassermann, un Hecht, un Kahn et un Meinicke *négatifs*.

Le 2 octobre 1947, l'amélioration est importante, s'il persiste encore de la rougeur diffuse du voile et de la langue, celle-ci s'est repapillée, et les lésions cutanées des aines, du scrotum, du prépuce sont à peine visibles, réduites à de simples rougeurs sans squames. Aux pieds, la desquamation commence, très importante, cornée, lamellaire.

Le 7 octobre 1947, un séro-diagnostic fait à l'Institut Pasteur, montre une agglutination au cinquantième (1/50) pour le *b. de Shiga*. Une gonoréaction donne une réponse positive (avec le sérum chauffé et sérum frais).

En présence de ce tableau clinique il m'a semblé que le diagnostic de syndrome de Reiter pouvait être envisagé. On retrouve bien les conditions d'apparition habituelles (presque toujours en automne. Hambourger); les troubles entéritiques bénins et passagers, l'uréthrite transitoire, la conjonctivite discrète.

Par contre un symptôme négatif : *pas la moindre atteinte articulaire à aucun moment de l'évolution.*

D'autre part, ce qui est particulier à cette observation c'est l'importance des lésions de la muqueuse buccale et des lésions cutanées. Les lésions buccales ont pris l'aspect d'un énanthème rouge vif, scarlatin, avec piqueté hémorragique étendu aux joues, au voile, à la langue; elles ont persisté plus d'un mois.

Je n'ai pas retrouvé cet aspect, ni cette persistance dans les observations publiées.

Les lésions cutanées sont signalées dans quelques rares observations étrangères (Lever et Crawford) mais ont pris chez mon patient un aspect psoriasiforme et syphiloïde bien plus que blennorragique. De toutes façons, c'est à ma connaissance le premier cas français avec des lésions cutanées.

Enfin il faut noter encore l'inefficacité des sulfamides et de la pénicilline sur l'évolution du syndrome.

Par ailleurs peut-on tirer argument des renseignements fournis par le laboratoire ? Pour la gonoréaction positive, je crois qu'on peut l'expliquer par l'existence d'une blennorragie antérieure et mettre hors de cause l'étiologie gonococcique que rien ne permet de soutenir.

L'existence d'entérocoques dans l'écoulement uréthral est intéressante, mais il eût été préférable de le retrouver dans le sang comme Balban et Müsger (1933).

L'agglutination du bacille de Shiga au cinquantième peut soulever l'hypothèse d'une dysenterie bacillaire fruste, mais rien ne permet de l'affirmer.

On voit donc combien il est difficile d'interpréter de pareils cas et de les classer du point de vue étiologique.

Quant à la dénomination qu'il faut donner à ce syndrome, aucune ne me satisfait pleinement.

L'unique observation de Reiter ne justifie guère le nom de « Maladie de Reiter » employé par les auteurs étrangers.

L'absence d'arthrites, l'impossibilité d'affirmer l'infection dysentérique n'inclinent guère à intituler cette observation « syndrome conjonctivo-urétro-synovial » de la dysenterie (de Fiessinger et Leroy). Aussi le mieux est sans doute, en attendant d'avoir une étiologie précise de cette affection qui se comporte comme une maladie infectieuse, d'adopter avec Touraine et Ruel le nom de « pseudogonococcie entéritique ».

Parapsoriasis en gouttes, leucodermique, chez un enfant de 7 ans, par M. Georges GARNIER.

La rareté du parapsoriasis en gouttes leucodermique justifie d'autant plus cette présentation qu'il s'agit d'un garçon de 7 ans.

L'éruption a débuté vers la mi-juillet dernière. Elle est constituée par des éléments papuleux et par une leucomélanodermie.

Les papules, rondes, lenticulaires, d'un brun fauve parsèment à peu près tout le corps sauf la face ; certaines sont squameuses et la curette détache une squame en pain à cacheter des plus caractéristiques.

La leuco-mélanodermie occupe tout le haut du tronc, constituée par des taches blanches arrondies contrastant sur le fond du halo solaire. Surtout marquée dans le dos et dans la région des épaules, elle semble s'expliquer facilement par une leucodermie post-lésionnelle, bien que les plages blanches paraissent plus étendues que les papules.

Ces faits sont connus depuis le premier cas de Arndt, et il existe quelques observations françaises (Lortat-Jacob et Fernet, Blum et Bralez) mais l'éventualité en est rare, et c'est ce qui m'a incité à vous montrer ce jeune enfant.

Un cas de sébocystomatose, par MM. P. FERNET, E. PERTHAIN et J. BASTARD.

Les altérations cutanées que présente M. Cal..., âgé de 28 ans, ont débuté au cours de son adolescence. Leur nombre augmenta rapidement par la suite pour atteindre l'état actuel. Le sujet désireux d'être débarrassé des éléments les plus disgracieux, vient consulter en septembre 1947 et, à ce moment, nous pouvons faire les constatations suivantes :

Sur le front, les parties limitrophes du cuir chevelu, les arcades sourcilières, les pavillons de l'oreille, les faces antéro-latérales du cou, du tronc et les racines des membres, la peau est parsemée de nombreuses nodosités dont les dimensions varient de la grosseur d'une lentille à celle d'une noix, les éléments les plus volumineux étant localisés sur le cuir chevelu. Les lésions semblent être enchâssées dans le derme, elles sont mobiles sur le plan sous-jacent. Le tégument qui les recouvre est d'un aspect normal, à l'exception des grandes nodosités où il rappelle celui d'une peau d'orange. La couleur est normale ou blanc jaunâtre. Il n'existe pas de comédons, ni d'altérations des follicules, mais les cheveux sont quelque peu raréfiés au niveau des volumineux éléments. Au palper, les lésions sont généralement fermes, parfois dures ou, au contraire, molles. Leur contenu blanchâtre, vidé par la ponction, est soit de consistance pâteuse, soit liquide, graisseux et presque inodore. A l'exception des nodosités localisées sur l'arcade sourcilière qui présentent des phénomènes inflammatoires secondaires et surajoutés, aucune trace de réaction tissulaire n'est décelable.

Nous pratiquons la biopsie d'un élément siégeant au niveau de la poitrine et l'examen histologique nous montre l'image d'un kyste sébacé : cavité (vidé de son contenu) dont les parois sont formées par une couche de cellules épithéliales aplaties du type malpighien, entourée d'une capsule de tissu conjonctif. L'épiderme et les couches dermiques qui recouvrent ce kyste ne sont pas modifiés et il n'existe pas d'altérations folliculaires ni de rapport anatomique avec les glandes sudoripares.

Le dosage de la lipidémie totale nous a montré une légère élévation de celle-ci (9 gr. 20 o/oo) alors que le taux du cholestérol sanguin est normal (1 gr. 75 o/oo).

Signalons enfin que la mère, le frère cadet et la fille du malade présenteraient des lésions cutanées analogues bien que beaucoup plus discrètes, fait qui plaide en faveur de l'hypothèse d'une dysplasie familiale du type héréditaire dominant.

Présentation de 6 malades atteints d'acné et soignés par le sulfur-intraderm (soufre associé à une base pénétrante), par M. R. TZANCK et Mme REGNAULT.

Depuis notre communication du 13 mars 1940, 40 malades atteints d'acné divers : acné juvénile, acné pustuleuse, acné phlegmoneuse, acné rosacée, ont été soumis à ce traitement ; sur ce nombre 6 malades choisis à différents stades du traitement ont été présentés.

A cette occasion nous pouvons insister sur les points suivants :

1° La constance des résultats obtenus; 2 malades seulement sur 40 bien que très améliorés, présentent encore de petites poussées.

2° La rapidité des résultats, même lorsque ce sont des acnés très intenses comme le montrent les photos prises avant traitement, en 2 semaines, l'amélioration est manifeste et dans les cas plus résistants 2 à 3 mois ont suffi à obtenir la guérison.

3° La grande facilité du traitement qui se résume en frictions avec cette préparation à l'aide d'une baguette de verre, une fois par jour pendant quelques minutes puis deux ou trois fois selon la réaction observée.

Ajoutons que d'une part, le premier temps de ce nouveau traitement de l'acné par la tyrothricine que nous avions préconisé, nous apparaît comme inutile, d'autre part le troisième temps par « peeling » au phénol est un excellent complément pour atténuer les cicatrices.

Il nous semble qu'à l'heure actuelle il n'existe pas de traitement aussi efficace et aussi simple des acnés.

Lymphadenosis cutis benigna (sarcoïdes lymphocytaires) avec éléphantiasis des membres inférieurs, par Mme Lapine (présentée par le Professeur Gougerot).

Cette malade a vu apparaître, en 1929, à la suite de poussées fébriles, un éléphantiasis des membres inférieurs.

Depuis janvier 1947 cette malade, âgée de 64 ans, a sur la face antérieure des deux avant-bras, sur le tiers inférieur du bras droit et sur le genou droit des éléments de 5 centimètres de diamètre, fermes, arrondis ou ovalaires, nettement délimités, dermo-épidermiques, violacés et froids

Une cuti-réaction, et une intradermo-réaction à la tuberculine sont dissociées : cuti négative ; intradermo positive avec une papule infiltrée de 8 millimètres.

Le premier diagnostic évoqué fut celui de maladie de Schaumann à forme éléphantiasique comme dans le cas de MM. Sézary, Rabut et Richet.

Mais on n'a pas trouvé de ganglions dans les carrefours lymphatiques.

L'hémogramme est normal.

La ponction sternale faite par M. R. Levy montre « une réaction érythroblastique normale, pas de leucémie lymphoïde aleucémique ».

Les radiographies des poumons et des os sont normales.

La biopsie, faite par M. B. Duperrat a révélé :

« Densité cellulaire très abondante d'aspect monomorphe. Deux types de cellules prédominent : 1° cellules de 10 à 15 µ ayant les caractères du grand lymphocyte sans granulations; 2° cellules un peu plus grandes de 15 à 20 µ de protoplasma est abondant et bleu clair et ne contient jamais de granulations. Le noyau a la structure d'un lymphocyte jeune sans nucléole nettement visible.

« Il existe quelques amitoses et pas une seule mitose. En résumé : prolifération cellulaire de type lymphoïde de nature bénigne ».

Cette malade entre donc dans les observations si bien étudiées par M. Bo Bäfverstedt (*Acta Dermatologica*, vol. XXIV, suppl. XI) qui a fait la synthèse des anciennes sarcoïdes de Spiegler-Fendt et des lymphocytomes sous le nom de *lymphadenosis cutis benigna.*

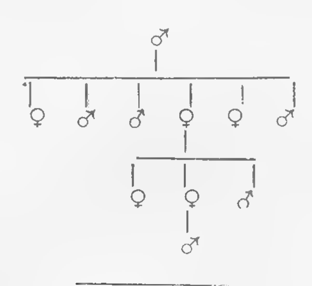
Monilethrix familial. Dystrophies unguéales et dentaires associées, par Mme Lapine (présentée par le Professeur Gougerot).

L'observation que nous présentons concerne une famille bretonne, chez laquelle, en quatre générations, six membres de la famille sont atteints de monilethrix.

Le monilethrix familial est bien connu, mais le point intéressant de notre observation est l'association d'autres dystrophies.

En mars 1947, MM. Touraine et Gallerand avaient déjà souligné la coexistence chez un enfant du monilethrix et de dystrophies dentaires.

Dans notre observation, la mère et le fils, âgé de 6 ans, révèlent :
— le monilethrix type;
— des dents à implantation vicieuse « en tournevis » et des incisives positives à bords crénelés;
— les ongles de tous les doigts plats, minces, papyracés à bord libre cassant;
— les cils et les sourcils sont normaux;
— aucun signe de syphilis, les Bordet-Wassermann et Kahn des parents sont négatifs et l'enfant n'a aucun stigmate d'hérédo-syphilis.



COMMUNICATIONS

Traitement de la syphilis primo-secondaire par des doses massives de pénicilline. Premières constatations, par MM. M. Bolgert, Georges Lévy et C. Fauré.

Depuis les premiers essais de Mahoney (1944), la pénicillothérapie isolée de la syphilis aux doses de 2.400.000 U. s'est avérée insuffisante, ce qui n'est pas surprenant si on se réfère aux résultats expérimentaux; elle semble, depuis, avoir été abandonnée tant dans les pays anglo-saxons qu'en France, et il est devenu de règle d'associer la pénicilline aux anciens traitements selon les modalités les plus diverses. De telles méthodes ont l'inconvénient de laisser persister un doute complet sur la valeur antisyphilitique réelle du médicament. Quel enseignement, en particulier, le traitement mixte pénicilline-bismuth, le plus couramment employé en France, peut-il apporter, alors que pour la plupart, la bismuthothérapie, suffisamment prolongée, parviendrait à elle seule à stériliser la maladie ?

C'est pourquoi il nous a paru indispensable de faire de nouveaux essais sur des syphilis récentes en utilisant des doses de pénicilline équivalente à celles utilisées dans la maladie d'Ossler, pendant un certain laps de temps, et de suivre ensuite les malades sans adjonction d'autres thérapeutiques.

Il va sans dire que nous n'avons effectué cette tentative qu'en nous entourant de garanties; nous prévenions les malades à l'avance de la nécessité où nous serions de les suivre par des examens cliniques et sérologiques fréquents, de l'obligation éventuelle de reprendre leur traitement par d'autres moyens, et, nous établissions avec la plus grande précision leur carnet de soins, en notant avec exactitude, les dates du traitement, ses modalités et la nécessité d'une surveillance prolongée.

Nous avons rigoureusement suivi une technique identique : trois injections quotidiennes de CyHg à 0 gr. 01 pendant les trois premiers jours suivis de 15.000.000 d'unités de pénicilline à raison de :
200.000 U. le 1er jour en 8 injections,
300.000 U. le 2e jour en 8 injections,
500.000 U. le 3e jour en 8 injections,
1.000.000 U. les 14 jours suivants.

Pour bénéficier d'un certain recul, nous ne ferons état ici que de 27 malades traités de fin mars 1947, date du début de nos essais, au 31 août dernier. De mars à juin 1947, nous avons utilisé de la pénicilline ordinaire de l'A. P. chez onze sujets, qui ont reçu leur dose journalière en 8 injections. A partir de juin, seize autres malades ont reçu la pénicilline ordinaire jusqu'à 500.000 U., les autres 14.000.000 U. O. étant fournis en deux injections quotidiennes pratiquées à douze heures d'intervalle de 500.000 U. d'une pénicilline-retard scuroformée préparée par M. César, chef du laboratoire de chimie biologique à l'Hôpital Beaujon, d'emploi facile et de tolérance parfaite.

Tous nos malades présentaient des chancres génitaux ou extra-génitaux avec ultra +, ou une syphilis secondaire évidente. La sérologie, chez tous complètement positive, était suivie deux fois par semaine par la réaction de Hecht et de Meinicke M. K. R. Nous demandons ensuite un examen clinique et sérologique hebdomadaire jusqu'au virage complet puis bi-mensuel. Le virage complet est apprécié par les deux réactions précitées et par le laboratoire de Beaujon où sont pratiquées Hecht, Wassermann simple, Wassermann cholestériné, Kahn et Meinicke clarification II. L'état sérologique de nos sujets était ainsi contrôlé par sept réactions différentes, et nous avons d'ailleurs pu constater que notre Hecht était régulièrement plus sensible que celui du Laboratoire Central.

Nos constatations porteront sur : les réactions d'Herxheimer et les incidents divers au cours du traitement; l'état des lésions à la fin de celui-ci; le moment du virage.

1° *Réactions d'Herxheimer et incidents divers.* — Tant les auteurs anglo-saxons (1) (Mahoney, Leifer, Wise, Pillsburry) que français (2) (Pautrier, Bondet) ont signalé des réactions d'Herxheimer plus ou moins impressionnantes ou des troubles généraux à la suite de pénicillinothérapie. En raison, sans doute, des injections de cyanure préalables nous ne les avons jamais observées. Avec la pénicilline ordinaire, l'apyrexie est restée complète 7 fois; deux fois il y eut des crochets fébriles à 38° au début du traitement, isolés ou répétés, une fois un clocher à 39° à 300.000 U., suivi d'une température à 38°4 les jours suivants, accompagnée de réactions ganglionnaires. Un des sujets apyrétiques présenta un urticaire. Il n'y eut ni céphalée importante, ni incidents sérieux. Avec la pénicilline-retard, la fièvre parut un peu plus fréquente s'observant sous forme de crochets isolés ou répétés soit au début (7 fois), soit à la fin (3 fois), soit dans le cours du traitement (crochet isolé au 2e, 3e et 11e million dans un cas). Dans deux cas, il y eut une fièvre désarticulée solitaire durant toute la pénicillinothérapie bien plus attribuable au médicament qu'à la syphilis, puisque cette fièvre pénicillinique fut banale à ce moment dans les hôpitaux au cours d'affections diverses. Des réactions d'Herxheimer cutanées et ganglionnaires peuvent s'observer, mais toujours assez modérées.

2° *Effacements des lésions.* — Sur douze sujets traités par pénicilline ordinaire, examinés à la fin du traitement les lésions étaient apparentes 8 fois, disparues 3 fois soit dans 25 o/o des cas, l'état n'a pas été précisé dans un cas. Chez seize malades traités par pénicilline-retard les lésions étaient encore visibles 11 fois et disparues 5 fois soit dans 31 o/o des cas. On peut donc estimer qu'après 15 jours de pénicilline sous quelque forme qu'elle soit, les lésions ne s'effacent que dans une minorité de cas. Elles ont toujours disparu, bien entendu, dans les semaines qui suivent. Chez 5 malades porteurs de chancre examinés quotidiennement à l'ultra 3 fois le tréponème disparut après 200.000 U., 2 fois après 500.000 U.

Ajoutons que le liquide céphalo-rachidien examiné 19 fois au début et au cours

(1) M. B. Barker Beeson. La pénicilline dans le traitement de la syphilis (Revue des travaux consacrés cette question). *Ann. Derm. Syph.*, nos 7-8, juillet-août 1946, p. 395.

(2) Réunion dermatologique de Strasbourg, 23 juin 1946. *Ann. Derm. Syph.*, n° 11 *bis*, novembre 1946.

du traitement, 3 fois dans les semaines suivantes s'est toujours montré strictement négatif : une telle absence de réaction méningée contraste avec les données classiques.

3° *Virage sérologique.* — 1° *Pénicilline ordinaire (de fin mars au 21 mai 1947).* — Sur 12 malades traités nous ne ferons état que de 8 : 2 ont été soumis immédiatement au traitement bismuthique en raison d'une grossesse; une 3ᵉ perdue de vue fut récupérée ultérieurement à Saint-Lazare; la 4ᵉ traitée en ville par novar-bismuth est revue par nous 4 mois après avec une sérologie entièrement positive.

	Période	I S 1	II S 2	III S 2	IV S 2	V S 1	VI S 2	VII S 2	VIII S 2	
	Début du virage Hecht + Meinicke — . . .	28	40	8	12	32	35	50	31	Soit entre 8 et 50 jours
Délais en jours après le premier jour de traitement	Fin du virage : toutes réactions négatives	57	95	39	43	58	125	99	87	Soit entre 39 et 125 jours
	Recul contrôlé de la persistance de la négativité après	116	135	32	129	13	63	55	55	jours

Il faut signaler que le délai de fin du virage de la malade VI pèche par excès, l'état sérologique n'ayant pas été surveillé pendant les deux mois précédents. On peut donc estimer que le virage total s'effectue entre six semaines et trois mois en moyenne. A l'exception des malades III et V perdus de vue, la durée de la négativité ultérieure persiste déjà de 2 mois environ à 4 mois et demi.

2° *Pénicilline-retard.* — En ce qui concerne les 16 malades traités par la pénicilline-retard les résultats sont les suivants : sur 7 malades traités en juin-juillet trois ont viré respectivement de façon partielle après 14,7 et 12 jours, totalement après 80, 10 et 70 jours, le recul d'observation étant 9, 111 et 29 jours.

Deux malades ont été perdus de vue l'un après virage partiel au 14ᵉ jour, l'autre entrepris avec une réaction dissociée, a viré négativement au 9ᵉ jour, et a disparu après 5 semaines de négativité. Le sixième a viré partiellement au 12ᵉ jour mais conserve la même sérologie après 86 jours, le septième reste positif depuis trois mois malgré le traitement.

Quant aux 9 malades traités en août, ils ont partiellement viré 11, 13, 39, 32, 25, 42, 18, 42 jours après le début. Ils étaient encore tous partiellement positifs (Hecht positif, Meinicke négatif) dans le courant d'octobre sauf le premier qui a viré négativement 78 jours après le début. Ajoutons que nous n'avons encore jamais observé de récidive ni clinique, ni sérologique chez les malades négativés.

Conclusions. — Tels sont les faits. On peut dire que la pénicilline en une série unique de 15.000.000 U. O. précédée de trois injections de cyanure est toujours bien tolérée; elle efface rapidement les lésions primo-secondaires de la syphilis dans un quart à un tiers des cas. Sur 6 chancres, la cicatrisation s'est faite pendant le traitement chez trois malades mais n'était complète chez trois autres que

dix jours après; l'adénopathie satellite persiste souvent plus longtemps, mais ce fait s'observe aussi avec le traitement arséno-bismuthique. Parmi les lésions secondaires, la roséole s'efface le plus vite, les syphilides palmo-plantaires sont très résistantes, les éléments papuleux ayant une durée intermédiaire.

Les réactions sérologiques sont certainement plus lentes à se modifier qu'avec le traitement classique. Leur négativation tardive pose même un important problème, difficile à concilier avec le dogme actuel de l'élimination rapide du médicament.

Signalons que dans 3 cas de chancres avec Bordet-Wassermann négatif, ce dernier persiste depuis 110, 52 et 14 jours.

Toute conclusion concernant l'avenir éloigné de ces malades est actuellement prématurée; elle sera impossible avant deux ou trois ans et on ignore actuellement si la seule pénicilline à doses suffisantes est capable ou non de guérir la syphilis humaine.

M. H. Gougerot. — Je suis tout à fait de l'avis de M. Bolgert, tirer des conclusions sur quelques semaines d'observation serait prématuré, et c'est pourquoi j'attends une plus longue observation pour vous parler de deux séries d'essai faites dans mon service avec MM. Jean-Jacques Meyer, Jean Schneider et Vissian.

La première série a été faite sur la technique de Lourie d'Edimbourg : 10.000.000 de pénicilline en cinq jours, soit une seule dose de 2.000.000 par jour, soit, à une heure d'intervalle, un million et un million.

La deuxième série a été effectuée avec une dose totale de 10.000.000 de pénicilline, 2.000.000 par jour, donc en cinq jours, 1.000.000 le matin et 1.000.000 le soir, à environ douze heures d'intervalle.

L'impression clinique est très nette : ces doses massives ne donnent pas de meilleurs résultats que les doses moyennes de 2 à 4 millions échelonnées sur sept à dix jours.

Contrairement donc à certaines chimiothérapies, les doses massives de pénicilline ne semblent pas être indiquées en syphiligraphie.

Cette déception s'explique quand on sait la « physiologie » de la pénicilline, son mode d'action, de fixation et d'élimination chez le syphilitique.

A propos de la pénicilline-retard, par MM. M. Bolgert, Georges Lévy et R. J. César.

Les inconvénients de la pénicilline en solution aqueuse ont poussé de nombreux pharmacologistes à tenter de retarder l'élimination de ce médicament pour maintenir une concentration sanguine suffisante pendant plusieurs heures.

Les préparations proposées pour inhiber partiellement l'excrétion rénale comportaient de l'amino-hippurate de sodium, de l'extrait postérieur d'hypophyse ou de l'acide benzoïque, mais ces méthodes se sont montrées peu efficaces et l'on chercha, depuis, à retarder l'absorption de la pénicilline, à partir du lieu d'injection en provoquant soit une vaso-constriction locale par application de glace ou par l'injection d'adrénaline, soit en substituant au véhicule aqueux diverses substances se résorbant lentement dans l'organisme. On proposa ainsi ces derniers mois les associations : subtosan-pénicilline, plasma-pénicilline, autohémo qui permettent de maintenir une concentration sanguine convenable pendant cinq heures en moyenne. Enfin le mélange de Romansky comportant une suspension de 300.000 U. de pénicilline calcique dans 1 centimètre cube d'huile d'arachide à 4,8 o/o de cire blanche, maintient une concentration relativement faible pendant plusieurs heures, mais le inconvénients de l'injection et la trop lente résorption de la cire ne se prêtent guère à un traitement prolongé.

Après avoir expérimenté plusieurs véhicules-retard, nous avons établi une formule comportant un excipient huileux assez facilement résorbable.

Pour cette préparation, la pénicilline sodique ordinaire ou la pénicilline G sont

utilisées de préférence en flacons de 500.000 U. Le produit est dissous directement dans le flacon pour 0 cm^3 5 d'un véhicule aqueux stérile (eau distillée, sérum physiologique). Après solubilisation complète on ajoute 5 centimètres cubes d'un excipient huileux stérile dont la formule est la suivante :

Scuroforme	1 gr. 5
Lanoline anhydre	10 gr.
Huile d'olive neutralisée q. s. p.	100 cm^3

Le flacon est alors soumis à une vive agitation, que l'on renouvelle avant l'injection, et la viscosité du produit permet d'obtenir une émulsion relativement stable que l'on peut facilement prélever et injecter par voie intramusculaire.

Cette pénicilline-retard peut être préparée extemporanément car les véhicules aqueux et huileux sont délivrés en ampoules. L'injection est pratiquement indolore.

La dose de 500.000 U. permet d'obtenir un taux réellement efficace pendant 12 heures au moins, ce qui rend possible un traitement ambulatoire, bien qu'un repos étendu d'une 1/2 heure après l'injection soit recommandable, des tendances lipothymiques pouvant s'observer durant ce temps en station debout.

Pour étudier la concentration sanguine en pénicilline pendant les 24 heures qui suivent l'injection, nous avons utilisé une méthode comparable à celle préconisée par B. Sureau où le titrage s'opère dans un milieu peptoné glucosé, ensemencé avec une souche de staphylocoque d'Oxford, en présence d'un indicateur de *pH*. Les variations des concentrations individuelles paraissent faibles, mais il faut tenir compte de la nature de la pénicilline, le type G paraissant s'éliminer plus vite.

Les résultats sont consignés dans le tableau suivant :

Concentration sanguine de la pénicilline après injection intramusculaire de 500.000 U. (pour un litre de sérum).

	Pénicilline aqueuse (moyenne de 6 dosages)	Pénicilline-Subtosan (moyenne de 4 dosages)	P. G. Romansky (moyenne de 3 dosages)
1/2 h. après ..	7.500 U.	5.000 U.	2.000 U.
1 h. après ..	3.000 U.	4.000 U.	1.500 U.
2 h. après ..	500 U.	2.000 U.	1.000 U.
3 h. après ..	moins de 50 U.	500 U.	500 U.
6 h. après ..		moins de 50 U.	100 U.
12 h. après ..			moins de 50 U.
24 h. après ..			0 U.
	élimination dans les urines en 12 à 18 heures.	élimination dans les urines pendant 24 heures.	élimination dans les urines pendant 3 jours.

Pénicilline G (Scuroforme-Lanoline) : moyenne de 5 dosages.

1/2 h. après :	3.000 U.
1 h. après :	2.500 U. à 2.000 U.
3 h. après :	500 U.
6 h. après :	100 U.
12 h. après :	20 U.
18 h. après :	traces
24 h. après :	0 U.

Élimination urinaire pendant 48 heures.

En conclusion la pénicillémie déterminée par la solution huileuse scuroformée

est de durée nettement supérieure à celle de la pénicilline-subtosan, atteignant le double 6 heures après l'injection; elle est presque équivalente à la pénicillémie déterminée par le Romansky mais la solution scuroformée présente sur cette dernière l'énorme avantage d'une maniabilité parfaite; n'autorisant pas encore l'injection quotidienne unique, elle permet d'obtenir une concentration sanguine vraisemblablement efficace par deux injections de 500.000 U. toutes les douze heures.

Accident de la pénicillothérapie intra-rachidienne au cours d'un tabès, par MM. F. Coste, B. Piguet, C. Sors et F. Laurent.

MM. de Sèze, Lichtwitz et Robert Weissenbach rapportaient récemment (11 juillet 1947) à la Société Médicale des hôpitaux un cas de méningite cérébro-spinale sévère où la pénicillothérapie intrarachidienne avait provoqué l'apparition brutale d'une paraplégie flasque totale, avec anesthésie étendue et troubles sphinctériens.

S'appuyant sur cette observation et sur celles qui ont été publiées jusqu'ici, les auteurs décrivaient les accidents nerveux de la pénicilline intrarachidienne comme suit : accidents tardifs, survenant toujours à la suite d'injections répétées, réalisant presque toujours le syndrome de la queue de cheval, plus rarement celui d'une myélite transverse.

Nous croyons utile de rapporter une observation où les troubles observés, moins dramatiques et plus dissociés, n'en demeurèrent pas moins inquiétants pendant plusieurs jours.

Il s'agissait d'un homme de 57 ans ayant contracté en 1914 une syphilis restée ignorée jusqu'en 1930, époque à laquelle elle se révéla par des crises gastriques, du tabès se répétant à plusieurs reprises pendant une dizaine d'années.

Nous le voyons le 2 mai 1947 pour une crise apparue le 21 mars précédent, accompagnée de dysphagie et de troubles laryngés et qui, en 5 semaines environ, a conduit le malade dans un état voisin de la cachexie avec un amaigrissement de 13 kilogrammes.

Le tabès est évident : abolition des achilléens, pupilles inégales, fixées, aréflexie complète à la lumière et à l'accommodation. Bordet-Wassermann positif (++) dans le sang et dans le liquide céphalo-rachidien où l'on note par ailleurs : albumine 0 gr. 55, 17 lymphocytes par millimètres cube, réaction de Pandy +, benjoin colloïdal : 000012200000000. L'examen radiologique du tube digestif ne montre aucune lésion organique, mais une simple hyperkinésie gastrique.

Traité pendant 1 mois et demi par des injections intraveineuses biquotidiennes de sulfate d'atropine à dose de 1 milligramme par jour et concurremment par une série de 16 grammes de Hg intraveineuse, ainsi que par 30 injections intraveineuses de glycocolle ; ni les crises douloureuses, ni l'état général ne s'améliorent.

On entreprend alors une cure de pénicilline : 1 million d'unités intramusculaire par jour pendant 7 jours, puis le second jour de la cure 100.000 unités intrarachidiennes dans 10 centimètres cubes de sérum physiologique et le 4e jour 50.000 unités par la même voie. Le lendemain de la seconde injection intrarachidienne le malade présente une rétention aiguë d'urine et une dyschésie totale. Le tableau reste limité à cette atteinte sphinctérienne et on ne note à aucun moment de paralysie des membres inférieurs, de troubles de la sensibilité, d'anesthésie en selle ni de diminution des réflexes rotuliens.

Pendant 10 jours la rétention vésicale et rectale nécessite la sonde, le lavement évacuateur et des injections quotidiennes de prostigmine. Une légère évacuation vésicale spontanée s'effectue le 10e jour. Mais une infection urinaire surajoutée nécessite alors une reprise de la pénicilline par voie intramusculaire : 4.500.000 unités en 9 jours, avec lavages vésicaux au NO^3Ag.

A partir du 10e jour des injections quotidiennes de nitrate de pilocarpine à la dose de 1 centigramme amènent au 20e jour une diurèse normale. Mais la dyschésie persiste encore 1 mois 1/2 après l'accident malgré 2 infiltrations lombaires et n'est vaincue que par l'injection de 3 puis de 10 milligrammes de chlorhydrate d'yohimbine intraveineuse pendant 12 jours.

Quant à l'effet de la pénicilline sur le tabès on constate une sédation assez nette des phénomènes douloureux gastriques, sans reprise de poids appréciable, et la persistance des douleurs laryngées. La réaction de Bordet-Wassermann et les autres réactions sérologiques dans le sang montrent 1 mois après le début de la pénicilline une tendance à la négativation. Seul le Wassermann cholestériné et le Meinicke restent faiblement positifs. Dans le liquide céphalo-rachidien, 3 mois après la cure de pénicilline complétée par une seule série de bismuth, l'albumine est à 0 gr. 36, la cytologie est revenue à la normale, 1,4 lymphocyte par millimètre cube. Le Bordet-Wassermann reste par contre aussi positif qu'au premier examen. Mais réaction de Pandy négative et Benjoin : 001102222000000.

La part du toxique dans les accidents des chimiothérapies, d'après les résultats de l'administration du B. A. L. à onze malades atteints des accidents les plus divers de l'arsénio et de la chrysothérapie, par MM. Claude Huriez, R. Merville, A. Tacquet et B. Steenhouwer (Lille).

Lors de la parution en mars 1947 de sa monographie sur *la part du toxique du terrain, et du microbe dans les accidents des chimiothérapies* (1) l'un de nous regrettait de ne faire qu'une très courte allusion au rôle du B. A. L. dans le traitement de ces accidents. Nous allons combler cette lacune, car durant ces huit derniers mois nous avons pu traiter par 40 grammes de cet antidote onze malades atteints d'accidents de l'arséniothérapie et de la chrysothérapie aussi divers dans leur date d'apparition que dans leurs manifestations.

Hormis une seule complication de la chrysothérapie, signalons que tous ces malades furent, dès le début de leur arséniothérapie, suivis à l'hôpital dans des conditions de surveillance clinique et biologique qui auraient pu être qualifiées d'idéales si nous n'avions été privés, durant des vacences universitaires, du concours précieux du laboratoire qui dosait l'arseniémie de nos malades. Quoi qu'il en soit, ces onze observations ont bénéficié de plus de 200 déterminations dont nous sommes redevables à nos dévoués préparateurs : MM. Arquembourg et Demonchy.

I. — Accidents précoces

1° La première observation que nous ayons recueillie fut la guérison spectaculaire d'une *apoplexie séreuse subaiguë :*

A la 3e injection (0,30-0,60-0,75) de novarsenobenzol, une péripatéticienne de 19 ans (Van L... Yvette) atteinte d'une syphilis secondaire particulièrement profuse et luxuriante présenta un malaise général rapidement sévère, avec pyrexie à 40°, vomissements, céphalée très vive et algies multiples. Loin de s'atténuer ces malaises s'accentuèrent dans les jours qui suivirent où le tableau se compliqua d'une raideur vertébrale très accusée. La ponction lombaire ne permit de recueillir qu'une petite quantité de liquide céphalo-rachidien s'écoulant goutte à goutte et l'examen de ce liquide permit d'éliminer toute réaction méningée.

A la fin du 3e jour on pratiqua les premières injections de B. A. L. qui entraînèrent en moins de 12 heures une défervescence verticale définitive et la rétrocession de toute la symptomatologie : céphalées, raideur, torpeur, vomissement.

Dix jours plus tard, la réinjection de 0,30 de Novar redéclanche dans les heures suivantes 40° et un tableau clinique semblable, dissipé non moins rapidement par 3 injections de 2 centimètres cubes de B. A. L.

A signaler deux constatations sanguines extrêmement nettes :

(1) *Essai de synthèse.* 1 vol., 44 pages, 41 graphiques, 1 grand dépliant, Masson et Cie.

a) Les dosages d'arsenic pratiqués systématiquement dans le sang de cette malade ont montré :
une arséniémie de 5 mgr. 9 2 jours après la première injection (0,30) ;
une arséniémie de 8 milligrammes le lendemain après la 3e injection (0,75) ;
une arséniémie de 4 milligrammes après l'injection de 1 gramme de B. A. L. ;
une arséniémie de 1 mgr. 9 un mois après la réinjection de 0,30.

b) Un coefficient de Maillard $\frac{\text{Az total}}{\text{Az Uréique}} = \frac{0,682}{0,341} = 2$ témoignant de la perturbation importante de la fonction azotée de cette malade. Elle reçut ultérieurement, sans le moindre incident une cure de 2.400.000 unités de pénicilline puis une série de 15 injections de bismuth.

2° Dans le groupe des incidents précoces, nous rangerons aussi une observation d'*onde fébrile immédiate* qui n'eut pas justifié l'emploi du B. A. L. si l'apparition d'un *érythème généralisé* dans les heures qui suivirent la première injection n'avait témoigné de l'intensité anormale du dérèglement des centres thermo-régulateurs et vaso-moteurs dès l'introduction de l'arsenic.

Cette observation 2 est celle d'un homme de 43 ans (Hut... André) dont une ulcération génitale n'avait pas été immédiatement rattachée à son étiologie spécifique du fait de l'absence de tréponèmes aux multiples examens ultra-microscopiques et de la négativité de 3 sérologies.
Une cure thiazolée fut sans effet sur l'infection cutanée et ganglionnaire mais peut-être pas sur l'état général de cet homme.
En effet, dès virages de sa sérologie la première injection de 0,12 de Fontarsol déclencha une onde frébrile excessive dans son acuité (41°1) anormale par l'apparition moins de 12 heures après l'injection d'un *érythème généralisé* en tous points comparables à un érythème du 9e jour. L'acuité de l'incident et surtout le caractère accéléré — au galop — de l'érythème justifièrent l'injection intramusculaire de 2 cm³ de B. A. L. tous les 4 heures durant 24 heures. L'injection de ces 3 ampoules de B. A. L. coïncida tout au moins avec une défervescence verticale de la température, de 41° à 37° en 24 heures. Mais il se produisit une rétrocession beaucoup plus lente de la perturbation vaso-motrice cutanée et l'érythème ne disparut qu'au bout de quelques jours. Tout aussi lente fut l'atténuation de la réaction leucocytaire qui mit 7 jours à s'atténuer de 20.400 à 7.600 leucocytes. Une cure pénicillée fut ultérieurement supportée sans aucune réaction thermique ou cutanée.
Deux faits biologiques valent d'être signalés :
a) l'*arséniémie* se maintient à 1 mgr. 5 et 1 mgr. 7 par litre le lendemain et le surlendemain de l'unique injection de 0,12 de Fonarsol ;
b) d'autre part un *disfonctionnement de la fonction azotée hépatique* était affirmé par les valeurs un peu fortes du rapport $\frac{\text{azote total}}{\text{azote uréique}}$ qui, dans le sang, passèrent de $\frac{0,58}{0,42}$ le premier jour à $\frac{0,54}{0,38}$ le 2e jour, et $\frac{0,47}{0,35}$ le 3e jour.

II. — Accidents médiats

La plupart des accidents que nous allons maintenant rapporter survinrent dans la 3e ou la 4e semaine d'une chimiothérapie dont les premières injections avaient presque toujours été marquées d'incidents fébriles ou d'érythèmes du 9e jour.
Nous rapporterons d'abord les *accidents muqueux* (angine hypogranulocytaire; auride buccale) avant d'égrener la gamme des *accidents cutanés* (eczéma arsenical et aurique, érythrodermie sèche et vésiculo-œdémateuse) parfois compliqués d'*accidents hépatiques et nerveux*.
1° Il n'est pas question d'intituler d'agranulocytose notre observation III, mais elle suffira cependant à montrer les limites de l'action du B. A. L. devant une *angine hypogranulocytaire*.

Celle-ci survint chez une syphilitique primaire, après 7 injections de Bivatol et 4 injections de Novarsénobenzol totalisant 2 gr. 70, qui avaient animé de quelques soubresauts la monotonie de la courbe thermique de la 1re quinzaine. L'importance des

signes fonctionnels et généraux au cours d'une angine survenue à la fin de la 3e semaine de la cure arsenico-bismuthique fit pratiquer un hémogramme qui objectiva une leucopénie (2.400 leucocytes par millimètre avec simple granulopénie à 45 o/o. Après 8 injections de B. A. L. l'état local et général ne s'améliorant pas, on pratiqua une mycothérapie qui entraîna une défervescence rapide cependant que la leucocytose se relevait en 1 semaine de 2.400 à 4.000, 8.400 à 9.800.

La cure pénicillée fut continuée à double finalité : contre l'infection pharyngée et contre la spécificité. Mais après un traitement massif par l'opothérapie hépatique et la vitamine, on reprit la cure novarsénobenzolique qui fut parfaitement bien tolérée.

Dès 1942, nous avions insisté sur la part importante de l'infection dans l'agranulocytose post-arsénobenzolique et l'intérêt de l'emploi des sulfamides. Les premières publications américaines sur le B. A. L. indiquent également que cet antidote ne dispense pas devant cet accident chimiothérapique de l'emploi des antibiotiques et notamment de la pénicilline. Ceci apparaît fort nettement même dans une forme aussi légère que celle que nous rapportons.

2° De cette angine hypogranulocytaire post-arsénobenzolique, nous rapprocherons le cas d'une *stomatite post-chrysothérapique.*

Notre seule observation d'auride a trait à un *lichen plan buccal* survenu à la 6e injection de 0,10 d'allochrysine chez un sujet de 39 ans (Bo... Pierre) atteint de rhumatisme chronique.

Ayant débuté par une gingivite, la stomatite érythémateuse se compléta par l'apparition d'arborescences lichéniennes typiques à la face interne des joues. On notait par ailleurs le développement sur le tronc de lésions érythémato-squameuses rapidement très étendues mais peu prurigineuses.

Bien que la dernière injection remontât à 15 jours, on injecta 4 gr. 50 de B. A. L. en 21 injections réparties du 26 au 30 septembre 1947. L'effet sur les lésions buccales fut remarquable ; le malade n'éprouva rapidement plus aucune ardeur au niveau des joues dont la muqueuse se décongestionna et se débarrassa de la quasi totalité du lichen. L'évolution de l'hémogramme traduit bien la rétrocession du processus muqueux ; de 21.400 le 22 septembre, la leucocytose tombait à 16.000, 14.300, 13.000, 10.200 le 6 octobre 1947. Par contre les lésions érythémato-squameuses du tronc ne s'atténuèrent guère, même lors d'une cure ultérieure d'Antergan.

3° *L'eczéma arsenical* ne paraît pas devoir bénéficier plus que l'aurique de la thérapeutique par le B. A. L. ainsi qu'en témoigne l'observation suivante :

Cette jeune femme de 21 ans (Cr... M.-Th.) atteinte de syphilis des papulo-hypertrophiques génitales et périanales, commença le 9 mars 1947 une série d'injections de Novarsénobenzol, dont la première déclenche un clocher à 38°2, la 3e (0,75) un érythème fébrile (38°5), qui récidive le 27 mars à la 5e injection (0,75). Il n'est pas encore complètement rétrocédé quand elle reçoit les 9 et 14 mars, les 6e et 7e injections de 0,75 qui le réaniment et le transforment en un *état pré-érythrodermique*, avec peau uniformément chaude et infiltrée, cependant que l'hémogramme objective une éosinophilie de 6 o/o, puis 10 o/o. Après quelques soubresauts, la fébricule s'estompe et l'érythrodermie avorte et se cantonne au stade d'*eczéma arsenical généralisé et parakératosique*. L'invariabilité de cet état du 15 au 25 avril permet de juger valablement de l'influence d'une cure de 3 gr. 90 de B. A. L. par 18 injections en 3 ours, parfaitement tolérées mais ne modifiant en rien le processus érythémato-squameux qui rétrocéda très lentement en plus d'un mois. L'épidermo-réaction resta toujours négative.

La malade supporta ultérieurement une cure pénicillée, en avril, puis devant la persistance de la positivité sérologique un traitement triple de Wile en mai ; enfin en août-septembre une cure complète de Sulfarsénol.

Même si l'influence du B. A. L. parut nulle sur l'eczéma parakératosique, il n'est pas sans intérêt d'insister sur la tolérance exceptionnellement bonne à deux cures arsenicales ultérieures de cette malade qui avait réagi défavorablement à chacune des injections de la série initiale de novarsénobenzol.

4° Sur l'*érythrodermie majeure*, de l'observation VI recueillie avec les docteurs Fruchart et Foulon, de Béthune, l'action du B. A. L. parut beaucoup plus nette.

La chorée de cette enfant de 12 ans avait été, en 1949, très améliorée par un traitement à base de beurre arsenical et d'injections de Stovarsol. Par contre au 19e jour d'une cure de Sulfarsénol (0,06, 0,12, 0,18, 0,24) cette jeune fille présenta une érythro-

dermie absolument généralisée, vésiculo-œdémateuse, rapidement suintante et desquamante avec pyrexie progressivement croissante, atteignant 40°8 le 22 août 1947.

Devant l'échec d'une quinzaine de régime hypotoxique et de soins locaux, et en raison de la gravité du cas, on se décida à tenter un traitement par le B. A. L. Du 22 au 25 août cette enfant de 30 kilogrammes reçoit une injection de 1 centimètre cube toutes les 4 heures, puis 6 heures, atteignant une dose totale de 1 gr. 30 de B. A. L.

En 3 jours, la température tombe de 40°8 à 37°3, et l'amélioration cutanée est considérable avec réduction de l'exosérose et détersion de la surinfection. Mais se produit le 25 une rechute thermique, avec remontée de fièvre à 39°5 et réaggravation des lésions cutanées.

En raison de la chute de 81 à 40 o/o du pourcentage des polynucléaires il parut vraisemblable que le B. A. L. se comportait à son tour comme un produit toxique, après un premier stade de détoxication arsenicale.

Le développement de la surinfection, le maintien de la fièvre, l'accentuation à 43.200-49.000 de la leucocytose avec 77 o/o de polynucléaires, incitèrent à faire succéder une cure pénicillée à la médication antidotique.

Une cure de 1.800.000 unités en 8 jours s'avéra fort efficace sur les manifestations précitées.

Le 13 septembre, l'enfant quittait l'hôpital de Béthune, pratiquement guérie d'une érythrodermie majeure, particulièrement inquiétante, le 22 août.

Il est indiscutable que la tactique thérapeutique, recourant successivement à l'antidote puis à un antibiotique a procuré en trois semaines une guérison d'une affection qui évolue souvent plusieurs mois.

5° Il nous a semblé intéressant de rechercher l'influence du B. A. L. sur la positivité de l'épidermo-réaction des sujets ayant présenté longtemps auparavant une érythrodermie post-arsénobenzolique.

Parmi ces derniers nous avions périodiquement en hospitalisation une malade du regretté Docteur Vanhæcke (Duj..., observation VII), dont l'érythrodermie arsenicale avait récidivé, lors d'une cure bismuthique, et qui gardait depuis lors des poussées d'eczéma, avec quelques zones de résistance permanente au niveau des sillons sous-mammaires et le pubis. Le Professeur agrégé Merville devait déceler dans son sang, au début de 1947, la persistance d'une arséniémie, minime (1 mgr. 7 par litre) mais dont il pouvait affirmer la réalité par de multiples déterminations et par comparaison avec des sangs témoins. Son intradermo-réaction était franchement positive.

Elle supporta assez mal (nausées, vertiges, lourdeurs dans les jambes) 2 cures de 3 grammes de B. A. L. en 4 jours à intervalle d'une semaine. Elles n'améliorèrent en rien son eczéma et n'entraînèrent qu'une légère atténuation de son intradermo-réaction peut-être un peu moins papuleuse qu'avant son traitement.

Aucune modification notable ne fut observée chez une deuxième malade (obs. VIII).

Plus intéressante nous paraît cette 3e observation d'un homme de 42 ans (Gu... Emile, obs. IX), traité en Allemagne en 1944 pour syphilis secondaire. Lors d'une 2e cure novarséno-bismuthique vigoureuse, il avait présenté une érythrodermie vésiculo-œdémateuse majeure, qui fut réactivée par une 3e série de bivatol, puis par une simple série de cyanure de mercure. Un ictère interrompit la reprise du Bismuth.

Il fut hospitalisé à Saint-Sauveur le 6 août 1947 pour une poussée d'eczéma de la face atténuée par une cure d'antergan puis de pénicilline.

Le 21 août une intradermo-réaction de Novar (bras gauche) déclencha une réaction violente, véritable érythrodermie en miniature (4 centimètres de diamètre).

L'administration de 3 grammes de B. A. L. du 23 au 26 août s'accompagna d'une atténuation très modérée de l'intradermo-réaction géante (2 cm. 5 de diamètre). Mais une 2e intradermo-réaction (bras droit) pratiquée en fin de cure antidotique avec une technique rigoureusement semblable donna une réactivation beaucoup moins vive (1 centimètre de diamètre).

Une cure pénicillée de 2.400.000 unités en 8 jours, s'accompagna de la diminution (vraisemblablement spontanée des 2 intradermo-réactions). Une 3e intradermo-réaction faite en cours de mycothérapie est encore très vive mais un peu moins que la première (3 centimètres de diamètre).

Un mois plus tard le malade présentait encore les traces très nettes de ces intradermo-réactions sous forme de trois médaillons eczémateux, toujours très inégaux. Le plus vaste, bien que le plus ancien, correspondant à l'intradermo-réaction initiale ; le plus petit à l'intradermo-réaction en cours de B. A. L. ; le moyen à l'intradermo-réaction en cours de pénicilline.

Aucune conclusion formelle, ne saurait être tirée de ces quelques constatations, si ce n'est toutefois que le B. A. L. ne paraît pas aux doses utilisées, capable de négativer une intradermo-réaction chez un érythrodermique. Il en avait été de même avec les sulfamides et la pénicilline. Par contre dans d'authentiques érythrodermies, dont la convalescence avait été abrégée par les bactériostatiques et les antibiotiques, il avait été possible de reprendre l'arsenic avant le virage de l'intradermo-réaction. Nos observations apportent une donnée voisine avec le B. A. L. : Savoir la reprise possible de l'arsenic, chez des malades ayant mal réagi à de premières injections d'arsénobenzol, par des accidents (érythèmes fébriles récidivants, eczéma, érythrodermie, ictère, hypogranulocytose) dont la thérapeutique par le B. A. L. paraît avoir facilité la guérison et empêché le retour lors de cures arsenicales ultérieures.

6° L'observation 10 va renforcer cette comparaison entre les possibilités et les limites de l'action des antidotes et des antibiotiques dans le traitement d'accidents plus complexes de chimiothérapie.

Après quelques injections de Bivatol, on poursuit un traitement mixte simultané chez une spécifique de 23 ans (Win... Maria) sans manifestations cliniques aparentes.

Le 21 juin au 12e bivatol, et au 18e jour une cure novarsénobenzolique totalisant 3 gr. 60, la malade présente une fièvre oscillant entre 38° et 39°, cependant qu'un érythème prurigineux, palmo-plantaire se transforme en un état infiltré rouge et chaud des membres avec simple rougeur de la peau du tronc et de la face, sans augmentation de poids.

D'autre part, le subictère conjonctival fait place rapidement à un ictère cutanéo-muqueux, franc avec cholurie et décoloration des selles.

Devant la persistance de la fièvre, de l'érythrodermie et de l'ictère on essaye prudemment le B. A. L. par injection de 2 centimètres cubes toutes les 6, puis toutes les 8 heures : soit 2 gr. 20 du 27 au 29 juin.

En 48 heures, la défervescence se manifeste : l'érythème s'est atténué mais au niveau des pieds et des mains se constitue une miliaire purulente avec véritables tournioles péri-unguéales absolument comparable aux réactions secondes des cures sulfamidées employées intempestivement dans des dermatoses irritables. L'ictère s'accentue et est devenu général, mais l'apyrexie ne se maintient pas et en 24 heures la température monte à 40°5 le 30 juillet cependant que la leucocytose passe de 6.600 à 12.500 ; sans modification du taux des polynucléaires compris entre 77 et 79 o/o avec 4 à 6 o/o d'éosinophiles.

Songeant à la possibilité d'une action néfaste du B. A. L. nous supprimons brutalement celui-ci et la température s'apaise définitivement en 48 heures cependant que la leucocytose retombe à 6.600. L'ictère s'atténue notablement, mais lentement, l'érythrodermie est le siège d'une desquamation importante.

Le 18 juillet (4 semaines après le début des incidents), la guérison cutanée est presque obtenue. Une intradermo-réaction est négative. L'ictère est, par contre, encore net.

Une cure pénicillée de 1.200.000 unités en 4 jours s'accompagne d'une très légère remontée thermique.

L'arséniémie qui était de 1 mgr. 8 par litre le 25 juin, 4 jours après la dernière injection de Novar monta à 2 mgr. 7 à la fin de la cure de B. A. L. Toute trace d'arsenic disparut du sang, après l'onde fébrile déclanchée par ce mercaptan, mais 10 et 15 jours plus tard on retrouvait à nouveau 2,3, puis 2,8 mgr.

On décida donc la reprise du B. A. L. le 27 juin 1947 dont on fit 19 injections de 2 centimètres cubes en 5 jours. Effet de l'antidote ou coïncidence avec un tubage duodénal, l'ictère s'atténua considérablement et disparut en quelques jours.

La sérologie de cette malade était devenue négative dès l'éclatement des accidents. Elle supporta sans le moindre incident :

1° une cure de 2.400.000 unités de pénicilline du 7 au 16 août ;

2° mais surtout une cure de 5 grammes de Sulfarsénol du 20 août au 19 septembre ce qui mérite d'être souligné chez une malade dont la première cure arsenicale avait déclanché une érythrodermie sèche et une hépatie ictérigène.

Nous attachons peut-être encore plus de valeur à la dernière observation (Hen... Gisèle, obs. II) d'une femme de 34 ans, hospitalisée pour chancre du col, et dont la cure arsenicale fut émaillée en 15 jours :

1° d'un clocher à 39° le soir de la première injection (0,30) ;
2° d'un érythème généralisé, évoquant celui du « 9e » jour mais avec une onde fébrile excessive (40°8) et une défervescence anormalement lente (6 jours) ;
3° la réinjection de 0,75 de Novar déclancha une brutale ascension à 40° et un subictère qui se transforma rapidement en un ictère franc avec cholurie et sans décoloration complète des selles.

L'apparition de paresthésie au niveau des membres inférieurs avec diminution de la réflectivité, dévoilait l'association à cette hépatite d'un début de polynévrite cependant qu'une anémie à 3.300.000 avec leucopénie à 3.600 éléments dont 42 o/o seulement de polynucléaires attestait l'altération de la moelle osseuse.

L'action manifeste de l'arsenic dans la genèse de cette cascade d'accidents nous incita à recourir au B. A. L. dont elle reçut 3 gr. 80 en 3 jours. Les premières injections s'accompagnèrent d'une chute de température et d'une amélioration nette de l'ictère, cependant que toute paresthésie disparaissait en 24 heures.

L'action neutralisante du B. A. L. fut également affirmée par les dosages chimiques ; on constata une chute de l'arséniémie de 1 mgr. 8 à 0 mgr. 93, la concentration biliaire étant voisine de celle du sang (1 mgr. 2). Cette modification s'accompagna d'une augmentation légère de l'arséniurie (0 mgr. 95 à 1 mgr. 30 par litre).

Mais la poursuite du B. A. L. ne s'avéra pas sans danger, chez une malade au S. R. E. chimiopexique, fragilisé par un passé d'éthylisme professionnel, marqué d'un ictère en 1946 et par l'aggravation arsenicale récente.

La température se relève jusqu'à 39°3 et on décela une albuminurie légère, cependant que la leucocytose s'effondrait encore un peu plus de 3.900 à 3.600 éléments.

Le bien-fondé de cette interprétation paraît vérifié par la disparition de la fièvre et de l'albuminurie transitoires dès arrêt de l'administration du B. A. L. Il n'est peut-être pas non plus sans intérêt de signaler que la rétrocession de l'ictère cadra avec la chute de la teneur de la bile en arsenic :

0,0012 le 21 mars (début du B. A. L.),
0,00094 le 26 mars,
0,00091 le 27 mars (fin de cure de B. A. L.).

Cette observation à elle seule mériterait de longs commentaires pour lesquels nous renvoyons à un travail sous presse sur les ictères de l'arséniothérapie (*Gazette des Hôpitaux*, 1948).

On nous permettra une seule remarque sur la signification de cette observation, où nous voyons succéder chez un même malade en 15 jours des incidents qu'il est classique d'appeler :

— Réaction d'Herxheimer ou *biotropique directe* comme l'onde fébrile de première injection arsenicale.
— *Réaction biotropique indirecte* comme l'érythème fébrile du 9e jour.
— *Réaction d'intolérance* comme l'hépatite.
— *Manifestation d'intoxication* comme une polynévrite ou une atteinte médullaire et nouvelle *réaction* d'intolérance pour la fièvre et l'albuminurie du B. A. L.

Au contraire, cet enchaînement progressif, cette cascade intarissable laisse entrevoir comme mécanisme au moins aussi plausible le débordement de plus en plus accusé d'un filtre qui devrait être protecteur comme chez la plupart des sujets. Mais notre propos n'est pas de ranimer des discussions pathogéniques. Il est d'apporter quelques faits qui nous sont apparus assez neufs pour être dignes d'être soumis à vos discussions.

Ces faits ne sont pas sans intérêt pratique.

Ils confirment les données américaines de l'action brillante du B. A. L. dans le traitement d'accidents aussi graves que l'apoplexie séreuse.

Ils vérifient, mais seulement en partie, l'assertion de leur action heureuse dans l'érythrodermie, l'agranulocytose et même l'hépatite postarsénobenzolique.

Mais cette action est à la fois *partielle* et à *double tranchant:*

Partielle car le B. A. L. n'agit que sur le toxique et laisse à des organes tarés ou insuffisants la charge de liquider la surinfection qui s'est développée du fait de la paralysie des moyens de défense de l'organisme. C'est dire que l'action antibiotique du B. A. L. doit parfois être complétée, surtout en cas d'agranulocytose, par l'action bactériostatique des sulfamides ou antibiotique de la pénicilline. Il

fallait signaler aussi l'inutilité apparente du B. A. L. sur les eczémas post-chimiothérapiques.

A double tranchant. — Il fallait malheureusement bien s'y attendre après les enseignements de toutes les chimiothérapies antérieures. Dès que la neutralisation (B. A. L., As ou Or) ne se fera plus sur le champ ou dans le sang, dès qu'elle se fera dans les tissus et surtout à une époque de plus en plus éloignée de l'injection déclanchante, il faudra redouter la possibilité d'incidents (fébriles, rénaux, hépatiques) qui traduiront la toxicité propre de ce mercaptan dans un organisme peu capable de le détoxiquer.

Quand nous essayâmes les sulfamides, puis la pénicilline sur l'élément infectieux de certains des accidents des chimiothérapies, nous dûmes enregistrer des échecs du fait d'incidents et d'accidents, que les médications antihistaminiques, dirigées dans une toute autre voie, procurèrent également. Il eût été trop simple et bien illogique d'espérer qu'un antidote ne procurât que des succès.

Mais si ces essais n'ont pas débrouillé l'écheveau du problème des accidents de chimiothérapie, ils ont certainement permis quelques acquisitions sur la part du toxique dans ces accidents.

Devant le trinome (obligatoire mais à parts variables suivants les accidents) du *toxique*, du *terrain* et du *microbe*, il est maintenant possible d'utiliser des médicaments en rapport avec la nature et l'importance de ces manifestations et surtout suivant l'ordre d'urgence. La *déficience constante du terrain* commande presque toujours l'emploi des toniques du sympathique, des antihistaminiques et de la vitamine C.

L'emploi des antibiotiques est nécessité, secondairement et parfois d'emblée, par la prédominance de la *surinfection* affirmée par l'aspect des lésions cutanées, l'allure de la fièvre, une hyperleucocytose à polynucléaires et même dans certains cas exceptionnels par la positivité de l'hémoculture.

Mais quand l'accident survient peu de temps après une injection d'arsenic ou de sels d'or il est maintenant possible de recourir à un *véritable antidote*.

Son emploi sera d'autant plus justifié si la biochimie met en évidence une hyperconcentration sanguine du médicament responsable

Ce n'est pas diminuer l'intérêt de la découverte anglo-américaine que de signaler que les effets du B. A. L. parfois spectaculaires (dans l'apoplexie séreuse) souvent nets (dans l'agranulocytose et les érythrodermies) peuvent être émaillés d'incidents évitables par une tactique souple et prudente, reposant sur l'appréciation aussi fréquente que possible des 3 facteurs intriqués dans tout accident chimiothérapique.

Kératoses palmo-plantaires héréditaires, ponctuées et striées,

par MM. Touraine, Horowitz, Balter et Heitz.

Deux observations familiales de ces types rares de kératodermie héréditaire.

I. Type porokératosique ou ponctué de Mantoux. — *Jeune fille* de 20 ans. Depuis la naissance, hyperkératose en nappe diffuse de toute la surface des paumes, de la face palmaire de tous les doigts, des aires d'appui des plantes et de tous les orteils, à limite nette, non érythémateuse. Toutes ces régions sont criblées, en dé à coudre, d'une infinité de petites dépressions cupuliformes, particulièrement serrées sur les talons, la racine des doigts, plus espacées sur les éminences thénars. Ongles un peu minces, de pousse lente. Hyperidrose généralisée mais surtout palmo-plantaire. Sur le corps, peau un peu épaisse, de carnation foncée ; cheveux bruns plats et assez gras ; autres poils normaux. Puberté à 16 ans ; auparavant jeux de filles, par la suite jeux de garçons. Caractère expansif, intelligence normale, aptitude aux langues, Pas d'autre dysplasie.

Son *frère*, âgé de 14 ans, présente une kératose palmo-plantaire diffuse, régulière, type Thost-Unna. Il en serait de même chez le *père* et chez 2 *oncles* et 2 *tantes* paternelles (sur 6) ainsi que chez le *grand-père* paternel ; au total, chez 8 membres sur 11 en 3 générations. Chez le frère : la kératose est moins marquée, épargne les dernières phalanges des doigts et des orteils ; ongles minces ; hyperidrose palmo-plantaire ;

cheveux châtin clair, fins, un peu bouclés ; caractère turbulent, coléreux ; intelligence normale.

II. Type strié de Brünauer-Fuhs. — Jeune fille de 22 ans. Depuis les premières années de la vie, kératose palmo-plantaire qui augmente depuis un an, c'est-à-dire depuis le début de travaux manuels pénibles. Sur les deux paumes, la kératose se résume en bandes longitudinales qui, du centre de la main, s'irradient en éventail vers et sur la face palmaire de tous les doigts, s'épaississant et se creusant de profondes fissures transversales au niveau des plis de flexion de la main et des doigts. Sur les plantes, la kératose est plus diffuse, quoique encore linéaire ; elle a son maximum sur les points d'appui. Hyperidrose palmo-plantaire. Ongles normaux. Pas d'autres kératoses ni dysplasies, sauf un petit angiome plan sur la face antéro-externe de l'avant-bras gauche. Caractère vif ; intelligence normale.

Aux dires de la malade, le même type de kératose existerait chez ses sœurs aînées (27, 26 et 25 ans) mais non chez ses frères de 19, 17 e 14 ans et ses sœurs de 21 et 16 ans. Elle existerait aussi chez le père ainsi que chez ses 5 frères et sœurs, et chez les deux enfants du frère aîné, mais non chez ceux de ses trois derniers frères et sœurs. Au total, 13 cas sur 24 membres en deux générations.

Nævus achromique systématisé en jet d'eau, avec angiomes plans de la face, des membres supérieurs et dystrophies unguéales, par M. A. Touraine.

C'est le premier exemple, croyons-nous, de nævus achromique *systématisé*, coexistant avec des angiomes plans multiples et des dystrophies unguéales.

Parents normaux. Un premier enfant, né en 1921, est mort en moins d'un jour de cyanose congénitale. La malade, âgée de 12 ans, est née à terme (accouchement normal ; poids 3 kilogrammes) mais a été retardataire (dent à 8 mois, marche à 16 mois). A 4, 5 et 7 ans, broncho-pneumonies traînantes ; séjour de 3 ans en sanatorium. Actuellement, pas de lésions pulmonaires, bon état général, taille 1 m. 57, poids 39 kilos ; examen viscéral normal ; non réglée.

A la naissance, taches rouges sur le tronc, irrégulières, ayant disparu en quelques jours. Début des nævi actuels imprécis (depuis l'enfance ?). Actuellement :

1° *Grand nævus achromique systématisé « en jet d'eau »* : 3 à 4 stries blanches, très étroites, parallèles, resserrées en une bande verticale qui remonte, à gauche et le long de la ligne des apophyses épineuses, depuis la deuxième vertèbre lombaire jusqu'au bord supérieur de l'omoplate, s'infléchit ensuite en courbe molle au-dessus de l'omoplate, l'épaule et le creux sus-claviculaire gauche, en espaçant ses stries, puis se dissocie en sorte d'éclaboussures, en plaques irrégulières disséminées sur la région pectorale, l'aisselle, le flanc, l'abdomen et même la cuisse du côté gauche. Hors sa décoloration, la peau est normale sur ce nævus.

2° *Nævus achromique linéaire*, rectiligne, très étroit, le long et immédiatement à gauche de la ligne médiane, depuis le pubis jusqu'à la fourchette sternale, sans ramifications.

3° *Angiome plan de toute l'hémiface gauche*, en nappe unique à bords déchiquetés.

4° Vastes *angiomes plans des membres supérieurs*, sans limites précises, recouvrant à droite la face externe du bras, la face postérieure de l'avant-bras et de la main, sauf la région du pouce, se disposant à gauche en deux bandes parallèles sur la face postérieure et externe de l'avant-bras, le dos de la main, le dos de l'index, de l'annulaire et de l'auriculaire.

4° *Dystrophies unguéales* limitées aux doigts intéressés par les angiomes (chute à l'auriculaire droit ; simple membrane kératosique sur l'index, le médius à droite, l'index à gauche ; ongle mince, cassant sur l'annulaire droit). Ces dystrophies ne remontent qu'à l'âge de 9 ans.

5° Agénésie de la canine supérieure droite ; système pileux normal, carnation brune ; pas de retard intellectuel.

Deux histoires de sérologie prénuptiale, par M. A. Touraine.

La première est regrettable; la seconde l'est plus encore puisqu'elle s'est terminée par la mort.

I. ♀, 24 ans, institutrice. Aucun antécédent notable ; santé robuste. Le 17 mars 1947, vaccination jennérienne ; 3 jours plus tard forte réaction sous forme de deux très volumineuses pustules vaccinales qui mettent trois semaines à se cicatriser, avec grosse adénopathie axillaire, fièvre. Le 9 juin, examen prénuptial ; les réactions sérologiques sont : Wassermann +++, Hecht +++, Meinicke +++ ; l'externe qui lui remet ces résultats, sans examen, lui dit qu'elle est « vérolée à fond » ; la mention « sérologie positive, syphilis » est portée sur son livret universitaire. Le 17 juin, refait dans un important laboratoire privé, l'examen sérologique donne : Wassermann ++, Jacobsthal +, Hecht +++, Desmoulière +++, Kahn +++. Je l'examine le 19 juin ; elle est vierge, nie énergiquement tout rapprochement sexuel et ne présente aucun signe ni stigmate de syphilis acquise ou congénitale, pas plus que son fiancé, son père et sa mère dont la sérologie est d'ailleurs négative. Convaincu qu'il s'agit d'une fausse réaction biologique après vaccination jennérienne, je délivre le certificat pré-nuptial et déconseille tout traitement spécifique. Le 11 juillet : Wassermann +++, Hecht +++, Kahn +++ ; le 17 octobre : Wassermann ++, Hecht +++, Kahn +++. Le 5 novembre, toutes les réactions sont devenues négatives, sans aucun traitement. Les réactions de son mari (mariage le 17 juillet) sont restées négatives.

II. ♂, 27 ans, cultivateur. Veut régulariser, fin mars 1947, une union illégitime car sa fiancée est enceinte de trois mois. L'examen sérologique, fait une seule fois, aurait été positif, sans que j'aie pu obtenir de précisions ni du médecin ni du laboratoire. On lui fait, pour tout traitement, cinq injections de bivatol, après lesquelles, en octobre, la sérologie, faite à Saint-Louis, est complètement négative. En même temps, le médecin commence un traitement d'attaque sur la fiancée, malgré que sa sérologie soit négative ; après la septième injection d'arsenic (doses ?), érythrodermie arsenicale grave qui, traitée à Saint-Louis, s'est terminée par la mort de cette femme.

Guérison rapide d'un lupus érythémateux exanthématique par l'association pénicilline-bismuth quotidiens, par MM. A. Touraine et L. Golé.

Femme de 74 ans, sans passé notable. En octobre 1946, première poussée d'érythème érysipélatoïde de la face, disparue en quelques jours. Le 29 novembre 1946, au cours d'un séjour en chirurgie pour fracture de côtes et d'une clavicule, après une chute, nouvelle poussée qualifiée d'érysipèle, avec nappes rouge foncé, bien limitées, disséminées sur les joues, les oreilles, les lèvres, les paupières, le cuir chevelu, le thorax, l'abdomen, les extrémités ; quelques éléments présentent une légère vésiculation. Fièvre autour de 38°. Grande fatigue générale, amaigrissement. Langue sèche, rôtie, fendillée ; dysphagie buccale, muqueuse très rouge. Tension 12-6. Urines normales. Sang : hématies 3.530.000, leucocytes 11.000, plaquettes 346.000, teneur en hémoglobine 85 o/o ; poly. neutro. 84 o/o, lymphoc. 5, mono. moyens 10, grands 1 ; azotémie o gr. 33. Les accidents cutanés s'améliorent spontanément vers le 10 décembre. La température redevient normale jusqu'au 24 décembre ; elle remonte alors pour se maintenir, irrégulière, entre 38° et 39°. Les éléments cutanés reprennent une nouvelle activité ; on perçoit un souffle systolique mitral. La thiazomide, donnée à 6 grammes pendant 2 jours, reste sans effet et est alors remplacée, sans plus d'effet, par 300.000 u. de pénicilline quotidiennes pendant 13 jours. La malade passe alors dans notre service le 8 janvier 1947.

A son entrée, l'état général est mauvais. Grand abattement, émaciation ; les éléments de lupus érythémateux couvrent le visage, le tronc, les membres ; escarres sacrées de décubitus ; souffle systolique mitral ; mais urines normales, azotémie de o gr. 23 ; 4.490.000 hématies, 7.000 leucocytes, équilibre leucocytaire presque identique au précédent ; température autour de 38° ; hémoculture négative. Du 18 au 28 janvier : pénicilline (400.000 u. par jour du 18 au 22 et 200.000 u. du 23 au 28) et injection quotidienne d'une ampoule de bivatol. Amélioration extraordinaire, pendant ce temps, de l'état général, des lésions cutanées, des escarres, température normale jusqu'au 6 février. A cette date, nouvelle poussée cutanée ; la fièvre remonte entre 38°5 et 40° chaque soir. Reprise de la pénicilline (400.000 u. par jour du 15 au 21 et 600.000 u. du 22 au 28) et du bivatol quotidien. Cette fois, guérison rapide, à partir du 17, complète le 27 février ; cicatrisation des escarres, disparition des éléments de lupus, du souffle cardiaque, bon état général. Cette guérison paraît stable car, depuis le 1er mars jusqu'à ce jour, il ne s'est plus produit aucune manifestation anormale. Le 18 mars, réaction de Wassermann négative.

Rappel historique à propos du syndrome de Libman-Sacks et des lupo-érythémato viscérites malignes de Lian, par M. A. Touraine.

En 1923 et en 1924, Libman et Sacks publièrent quatre observations d' « une forme nouvelle d'endocardite valvulaire et murale » dont deux comportaient une éruption érythémateuse en papillon sur la face; de nombreuses manifestations viscérales étaient, en outre, consignées dans leur travail. L'association « endocardite abactérienne prolongée-lupus exanthématique » est devenue rapidement le « syndrome de Libman-Sacks ». Très récemment (août 1947), Lian et ses collaborateurs ont estimé devoir « élargir » le cadre nosologique du syndrome de Libman-Sacks et, sous le nom de « lupo-érythémato viscérites malignes », ils ont constitué un « groupe clinique » dans lequel rentrent de multiples manifestations viscérales à côté du lupus érythémateux aigu.

A vrai dire, dès 1872, Kaposi en isolant le lupus érythémateux aigu y avait déjà vu une maladie infectieuse générale et avait signalé l'existence d'un état typhoïde, de manifestations articulaires, osseuses, pulmonaires, nerveuses, etc....

Mais, à notre avis, c'est à Besnier que revient, dès 1891, dans sa traduction des *Leçons sur les maladies de la peau*, de Kaposi, le mérite d'avoir compris que « *la maladie* dont le lupus érythémateux n'est qu'une manifestation à la peau, dont il est une *affection*, peut, en outre, donner lieu à des manifestations plus profondes, au nombre desquelles les plus remarquables sont les arthropathies et la néphrite parenchymateuse » (p. 241). Plus loin, il décrit : « une forme aiguë, galopante, infectieuse, maligne, menant avec ou sans rémissions, à la terminaison funeste, avec lésions pulmonaires tuberculeuses, néphrite albumineuse, etc...; des complications pulmonaires, cardiaques et rénales se manifestent et la mort survient rapidement ». Ce sont là, en un raccourci remarquable, dès 1891, toutes les caractéristiques du syndrome de Libman-Sacks et des lupo-érythémato-viscérites de Lian. De plus, l'année suivante (*Soc. de Dermatologie*, 21 avril 1892, p. 150), il publie une observation personnelle de lupus érythémateux exanthématique, chez une femme de 17 ans, minutieusement étudiée, dans laquelle il insiste non seulement sur les manifestations extra-cutanées mais plus particulièrement sur les lésions cardiaques, pensant que « la surface endocardiaque subit l'action d'une infection sanguine spécifique secondaire ».

Ainsi les dermatologues, et surtout Besnier, ont-ils bien décrit, dès 1891, une affection qui n'a attiré l'attention des cardiologues, que 32 et 56 ans plus tard.

L'âge de l'urticaire pigmentaire, par MM. R. Degos et A. Bellone.

Il est classique de situer le début de l'urticaire pigmentaire presque toujours dans le jeune âge, rarement à l'âge adulte. Certes d'assez nombreuses observations d'urticaire pigmentaires survenues à l'âge adulte ont été signalées, mais elles ont été considérées comme rares. Darier, en 1905, signale un cas personnel ayant fait son apparition à 55 ans. Tous les traités français et étrangers décrivent l'urticaire pigmentaire comme une affection de l'enfant, apparaissant rarement à l'âge adulte. Les statistiques de Blumer (1902) donnent un pourcentage de 71 o/o dans la première année de la vie, celle de Graham Little (1905) font ressortir 14 o/o de cas apparaissant après la puberté, alors que Finnerud (1923) porte ce chiffre à 40 o/o; la statistique de Haunay (1925) donne comme pourcentage 18 o/o après 20 ans et 1,7 o/o après 50 ans.

Nous avons toujours été étonnés de ces pourcentages qui réduisent à un taux très faible les urticaires pigmentaires apparus à l'âge adulte. Aussi avons-nous noté les âges respectifs auxquels l'affection a fait son apparition clinique chez les malades qui se sont présentés depuis quelques mois à notre consultation de l'hôpital Saint-Louis. Nous ferons remarquer qu'assurant la consultation du jeudi matin, et ayant le service d'hospitalisation des garçons, nous devrions être plus favorisés que d'autres pour observer cette affection dans le jeune âge. Or, pendant ce laps de temps, nous n'avons constaté aucun urticaire pigmentaire de l'enfant, et six cas

chez l'adulte dont la date d'apparition clinique a été respectivement de 20 ans, 29 ans, 33 ans, 36 ans, 41 ans et 52 ans.

Deux cas de monilethrix, par le Dr P. Pailheret (Rennes).

Le monilethrix est une dystrophie pilaire rare dont la pathogénie est encore très discutée. Le hasard vient de nous en faire observer deux cas :

Premier cas. — Enfant M... Claude, âgé de 6 ans. Depuis l'âge de 2 ou 3 ans, ses parents avaient remarqué que ses cheveux étaient peu abondants, poussaient mal, étaient difficiles à peigner, étaient plus ou moins entremêlés. Actuellement, l'aspect du cuir chevelu est caractéristique : au milieu des cheveux d'apparence normale, on trouve des cheveux plus courts, trichoptilosiques, qui montrent au microscope, sur tout ou partie de leur longueur, une succession de renflements et d'étranglements. Le pigment est plus abondant au niveau des parties renflées ; il n'y a pas de kératose pilaire.

Les ongles du petit malade sont anormaux : ils sont épais, secs, brunâtres, incurvés à l'extrémité du doigt, leur croissance est très réduite.

Aucun symptôme n'a pu être relevé, en particulier au point de vue syphilis héréditaire. Le malade n'a ni frère ni sœur ; ses parents sont bien portants, mais sa mère et sa grand'mère maternelle auraient les mêmes altérations pilaires et unguéales (je n'ai pas pu vérifier ce fait par moi-même).

Deuxième cas. — Mlle G... Yvette, âgée de 13 ans, présente le même tableau clinique : cheveux clairsemés, broussailleux, se cassant facilement ; les uns relativement longs les autres courts, moniliformes à l'examen microscopique ; pas de kératose pilaire.

Aucune autre malformation, en particulier onguéale, ni dentaire ; pas de passé pathologique, sauf otite bilatérale qui a amené une surdité assez marquée et un retard intellectuel important. On ne peut retrouver aucune malformation pilaire ni chez les parents, ni chez ses quatre frères et sœurs.

Ces deux observations de monilethrix partiel sont donc comparables au point de vue clinique; la deuxième semble bien être un cas isolé: la première, au contraire, démontre que l'affection est héréditaire et familiale.

Apparition brutale de roséole et de syphilides au cours d'un traitement de blennorragie féminine par la pénicilline, par MM. G. Barbara et F. Flandin.

Mlle Simone B..., 20 ans, consulte en septembre 1947 pour des pertes abondantes. Un examen microscopique révèle la présence de diplocoques de Neisser, et un traitement à la pénicilline est immédiatement institué sur la base de 300.000 U. O. à raison de 50.000 U. O. toutes les deux heures. Entre la 2e et la 3e piqûre, des phénomènes généraux apparaissent : courbatures, céphalée, fièvre à 38°5, abattement.

Dans l'heure qui suit s'extériorise une roséole qui recouvre tout le corps, y compris le visage et les paumes des mains, et qui ira en s'accentuant remarquablement vite. Une prise de sang est faite et on achève le traitement de pénicilline en cours.

Le lendemain, la roséole persiste mais a déjà pâli. Elle est accompagnée de syphilides buccales et ano-vulvaires. Il n'y a aucune adénopathie, et la rate n'est pas perceptible. Les signes généraux sont très atténués, la fièvre est à 37°5. Il n'y a plus de diplocoque de Neisser. Le Bordet-Wassermann est fortement positif. On institue un traitement au Quinby.

La malade signale qu'une éruption semblable, plus discrète, a persisté une quinzaine de jours, environ 2 mois auparavant. Elle l'avait rapportée à l'alimentation.

L'intérêt de cette observation réside en deux points :

1° La nécessité de toujours être en éveil en présence de réactions générales au cours d'un traitement de blennorragie par la pénicilline, qui doivent évoquer la possibilité d'une syphilis associée contractée antérieurement.

Le 2e point revêt un intérêt plus théorique : la pénicilline qui, le fait est classique maintenant, provoque des réactions d'Herxheimer dans la syphilis, peut en outre être considérée dans certains cas comme un véritable facteur de réac-

tivation, ou d'exacerbation de phénomènes secondaires qui auraient pu passer inaperçus.

En conclusion, on peut prétendre qu'au cours d'un traitement de blennorragie par la pénicilline une syphilis précédemment contractée peut être réveillée autant qu'une syphilis récente peut être masquée. C'est dire l'utilité des examens de sang systématiques pendant et après ces traitements.

Xanthomes tubéreux avec lésions du crâne radiologiquement décelables (maladie de Schuller-Christian ?), par MM. Bazex et Bolte.

Nous avons vu pour la première fois, en septembre 1947, le jeune S..., âgé de 11 ans. Il nous a été amené pour des tumeurs développées au niveau de la face d'extension des coudes : au coude droit un seul élément de la dimension d'un pois ; au coude gauche, deux éléments situés l'un au-dessous de l'autre, l'inférieur de la dimension d'un pois, l'autre légèrement plus petit ; tous trois de consistance dure et élastique. La peau à leur niveau est de couleur jaune chamois et leur est intimement adhérente.

De plus il existe sur le dos de l'index et du médius de chaque main, à la hauteur de l'articluation métacarpo-phalangienne, une petite tumeur se mouvant avec les tendons extenseurs correspondants. Ces tumeurs sont de la dimension d'une lentille, dures, mobiles sur le plan superficiel, complètement indolores spontanément et à la pression.

Le poids, le niveau intellectuel sont ceux d'un enfant de son âge. le tube digestif est intact, le foie n'est pas hypertrophié, et ne déborde pas le rebord inférieur des fausses côtes ; les urines ne contiennent ni sucre ni albumine, leur quantité oscille autour de trois quarts de litre par jour ; la rate n'est pas percutable, aucune adénopathie notable n'est perceptible ; le système nerveux ne présente rien de pathologique, et il en est de même des appareils auditif et labyrinthique, le fond d'œil est normal ; il n'y a pas d'exophtalmie. On note seulement l'absence des incisives latérales supérieures.

Il a été pratiqué la radiographie de la totalité du squelette. Le résultat a été négatif pour le tronc et les membres. Sur le crâne on aperçoit des impressions digitiformes particulièrement profondes, assez uniformément réparties et plus particulièrement marquées dans la région fronto-pariétale. Les tumeurs adhérentes au niveau des tendons des doigts ne sont pas visibles.

Le dosage des lipides du sérum a donné le résultat suivant :

Lipides totaux	17 gr. 05 par litre
Cholestérol	6 gr. par litre

(Professeur Vincent).

L'examen hématologique est normal :

Globules blancs	6.700
Globules rouges	4.100.000

Formule leucocytaire :

Poly. neutro.	65
Poly. éosino.	3
Poly. baso.	0
Lymphocytes	28
Monocytes	4

Les deux éléments du coude gauche ont été enlevés, fixés au formol à 10 o/o et coupés, en partie après inclusion à la paraffine, en partie après congélation : l'examen microscopique a révélé que l'épiderme n'était pas modifié ; mais que le derme était bourré de cellules groupées en amas autour des vaisseaux : ces cellules à limites floues ont un noyau volumineux et clair ; après inclusion à la paraffine leur protoplasma paraît constitué par un réticulum à large maille ; une coloration au Soudan III (après coupe à congélation) montre que ces cellules sont bourrées de granulations rouges, ce qui témoigne de la présence de lipides, et permet d'affirmer que ces tumeurs sont des xanthomes.

Ces tumeurs ont fait leur apparition il y a 4 ans environ, et à ce moment-là, la cholestérolémie se serait élevée à 4 grammes. Depuis cette époque, malgré un régime pauvre en graisse et une médication destinée à lutter contre une problématique insuffisance du foie, le nombre des éléments ne s'est pas modifié et progressivement la cholestérolémie s'est élevée et oscille depuis 1946 autour de 6 grammes par litre.

Au cours de l'année 1946, le malade aurait présenté une légère glycosurie qui n'a plus été constatée depuis lors.

Signalons enfin que cet enfant a reçu quelques injections de lipiodol durant l'année 1946 ; mais si le résultat n'a pas été positif, c'est que les injections ont été faites en trop petit nombre et les doses trop faibles.

En résumé il s'agit d'un enfant de 11 ans, dont l'état général est excellent, présentant depuis plusieurs années des xanthomes tubéreux siégeant au coude, associés à des tumeurs péritendineuses (probablement de nature xanthomateuse), une hyperlipidémie et des impressions digitiformes décelées radiologiquement au niveau du crâne.

Il est difficile de classer cette observation bien que les éléments éruptifs, l'hyperlipémie, les altérations digitiformes du crâne (témoignant de la possibilité d'une hypertension intracranienne discrète, puisqu'elle ne se traduit par aucun signe neurologique ni ophtalmologique) soit en faveur d'une maladie de Schuller-Christian.

L'évolution nous permettra peut-être de confirmer cette hypothèse.

Chéloïde spontanée pseudo-tumorale chez un nourrisson, par le Dr Le Bihan (Nantes) (présenté par M. Sézary).

L'enfant D..., né en septembre 1946 présente au bras, en avril 1947, une tumeur cutanée apparue vers l'âge de 5 mois. Cette lésion située sur la face antérieure du biceps longe le pli du coude. Elle est de forme elliptique à grand axe oblique de haut en bas et de dehors en dedans, a 3 centimètres 1/2 de long, 6 millimètres d'épaisseur, et se présente comme une tuméfaction couleur fleur de pêcher, aux bords surélevés en un bourrelet uniforme parfaitement lisse, sans solution de continuité ni gaufrures sous-épidermiques, bourrelet parcouru de fines télangiectasies radiées qui vont se perdre au centre de la lésion déprimé en cupule et très légèrement érodé. Cette tumeur, de limites très nettes, est mobile sur les plans profonds, semble purement dermo-épidermique, et possède la fermeté d'un cartilage. Il n'existe pas d'adénopathie perceptible.

Une biopsie partielle montre une prolifération fuso-cellulaire dont il est difficile de préciser la nature.

Le 25 juillet, nous faisons l'exérèse en bloc de la tumeur à l'électrocoagulation, suivie de coagulation immédiate du fond et des bords de la plaie.

Les coupes ont montré (Docteur Duperrat) : une formation conjonctive hyperplasique à trois étages :

1° en surface un banal tissu de granulation à type de bourgeon charnu télangiectasique ;

2° dans la partie moyenne, une prolifération fibroblastique à gros trousseaux de collagène entremêlés de volumineux fibrocytes jeunes, imbibés d'œdème. Les fibres constituent de larges faisceaux orientés en tous sens, mais souvent dirigés perpendiculairement vers la surface de la peau. Il n'existe aucune monstruosité cellulaire ;

3° le fond est constitué par un liséré lymphocytaire ayant une allure lymphoïde mais sans centres germinatifs.

Revu en novembre 1947, l'enfant présente une cicatrice parfaite.

Ce cas de grande chéloïde spontanée est intéressant par le diagnostic différentiel qu'il posait avec une tumeur conjonctive maligne, diagnostic que ne pouvait trancher une biopsie partielle, mais qui devenait aisé sur la pièce opératoire.

Pulvérisation de pénicilline et sycosis, par M. Le Bihan (présenté par M. Sézary).

Trois cas de sycosis anciens ayant subi sans résultat des badigeonnages de nitrate d'argent accompagnés d'application en permanence de pommade à l'oxyde jaune, guéris en 15 jours par le traitement suivant :

Pénicilline : 100.000 U.

Eau distillée : 10 centimètres cubes.

Une pulvérisation toutes les 3 heures dans la journée. La nuit, application d'une pommade à la pénicilline.

Six cas d'impétiginisation importante du visage accompagnée d'eczématisation microbienne, traités exclusivement par les pulvérisations de pénicilline, une pulvérisation toutes les 4 heures, dans la journée. Guérison en moins de 8 jours.

Méthode d'une exécution facile, et ne contraignant pas le malade au port d'un pansement gênant.

D'un mode de réactions cutanées hétéro-parallergiques, satellites de la vaccination jennérienne, par M. E. Perthain et Mlle C. Weissenbach (présenté par M. Weissenbach).

Certaines maladies allergisantes de nature infectieuse sont capables de démasquer un état d'allergie jusqu'alors latent mais différent de celui qui en favorise les manifestations. L'ensemble de ces phénomènes biologiques, cette « exaltation des sensibilités collatérales », a été désigné comme *hétéro-allergie* par Dujardin et Decamps (1). Les processus d'immunisation anti-infectieuse ou antitoxique, tant actifs que passifs (sérothérapie) d'une part, et — d'une manière générale — l'existence d'une allergie spécifique d'autre part, sont également des facteurs pathogéniques qu'il convient de rappeler.

Suivant Urbach (2), l'hétéro-allergie comprend deux formes fondamentales distinctes :

a) La *métallergie*, terme créé par Urbach (3) pour définir les réactions allergiques qui surviennent au cours d'une allergie spécifique préexistante quel qu'en soit l'état de sensibilisation, lors de l'exposition à des réactogènes différents (métantigènes) de l'agent sensibilisateur primitif, le tableau clinique étant identique pour les deux types d'allergènes ;

b) La *parallergie*, dont la conception fut établie par les travaux de Moro (4) et Keller (5), présente des manifestations cliniques différentes selon les antigènes — soit allergène primitif, soit parallergène — qui les déclenchent pendant le développement, ou des oscillations considérables d'un état allergique. En outre, l'absence de réaction de reviviscence focale et l'impossibilité de la provocation répétée des phénomènes parallergiques distinguent ceux-ci des réactions métallergiques.

Urbach insiste justement sur le fait que l'hétéro-allergie ne se développe qu'à la faveur d'une hypersensibilité allergique spécifique : celle-ci est la condition essentielle pour l'action d'autres réactogènes.

Comme nous venons de le dire, la vaccination jennérienne peut jouer un rôle dans les phénomènes de l'hétéro-allergie et ce furent les manifestations post-vaccinales atypiques qui ont incité Moro (4) à l'étude de la parallergie.

Brandt (6) rapporte un cas de réactions cutanées parallergiques survenant à la suite de la vaccination jennérienne et présentant l'aspect clinique d'un érythème polymorphe.

Nous avons eu l'occasion d'observer dans le service de notre Maître, le Dr Weissenbach, deux malades chez lesquels la vaccination jennérienne favorisa le développement de manifestations cutanées qui, évoluant sous la forme d'une dermatose commune, relèvent — comme nous le croyons — d'un mécanisme parallergi-

(1) Dujardin et Decamps. L'allergie, une constituante de terrain. Étude pathogénique et thérapeutique. *Arch. internat. méd. expér.*, 1925, p. 539.
(2) Urbach Gottlieb. *Allergie.* Grune et Stratton, New-York, 1947.
(3) Urbach. Parallergie et Métallergie. *Klin. Wchnschr.*, 1934, p. 1417.
(4) Moro. De l'allergie et de la parallergie. *Monatsschr. f. Kinderheilk.*, 1926, p. 193.
(5) Keller. La parallergie et sa signification clinique. *Dtsche. med. Wchnschr.*, 1928, p. 307 et 345.
(6) Brandt. Un cas d'exanthème dit « postvaccinal ». (Éruption vaccinale parallergique). *Wiener Klin. Wchnschr.*, 1937, p. 369.

que. Procédant à une étude plus approfondie de ces cas, il nous a paru intéressant d'en rapporter les faits essentiels et de discuter leur pathogénie.

1° M. Lec..., âgé de 45 ans. Eczéma infantile et bronchite chronique suivie d'asthme qui disparut à l'âge de 25 ans. Les deux enfants du malade, par ailleurs bien portants, ont également fait de l'eczéma infantile. Le sujet exerce la profession de coiffeur depuis 1918, n'ayant jamais présenté des accidents professionnels d'ordre cutané ou pulmonaire.

Le 8 avril 1947 : vaccination jennérienne au bras gauche. Réaction locale et ganglionnaire d'intensité moyenne dans les délais habituels. Le sujet continue ses occupations professionnelles, mais il ne fait que des indéfrisables dites à froid. Quatre jours après la vaccination, apparition de vésicules dont les dimensions varient de la grosseur d'une tête d'épingle jusqu'au volume d'un noyau de cerise. Les éléments siègent sur la peau érythémateuse de la face dorsale de tous les doigts. L'éruption gagne ensuite l'hypothénar à gauche.

Lorsque le malade vient consulter le 18 vril 1947, nous constatons : une dermo-épidermite vésiculo-bulleuse occupant la face palmaire du poignet gauche et les faces dorsales des doigts avec extension sur les parties limitrophes du dos de la main. Les 2e, 3e, 4e espaces interdigitaux à gauche, par conséquent aux points de contact avec les mèches que l'on fait glisser entre les doigts, présentent des surfaces érodées et suintantes. Des lésions vésiculo-érythémateuses suintantes, disposées en anneau, occupent notamment l'emplacement de l'alliance que le malade avait fait couper. Les ganglions des deux aisselles sont tuméfiés et douloureux à la palpation. Pas de fièvre. Un semis discret de papulo-vésicules se localise au niveau de la barbe. La réaction vaccinale du bras gauche est atténuée et l'on voit encore les séquelles (pustule desséchée entourée d'un érythème).

L'examen bactériologique des lésions, pratiqué à l'aide de frottis ainsi que l'ensemencement sur gélose T et gélose de Sabouraud ne montre que la présence de streptocoques dans les érosions interdigitales, le contenu des vésicules étant stérile.

Nous prescrivons l'épluchage soigneux, des bains locaux avec une solution aqueuse de permanganate de potasse à 1/8.000, des attouchements (lésions suintantes) au nitrate d'argent à 1/30, suivis de pansements avec une pommade renfermant 1.000 U. O. de pénicilline par gramme d'excipient. Nous conseillons naturellement l'arrêt complet des occupations professionnelles et nous convoquons le malade pour le surlendemain, date à laquelle l'état local est très amélioré. La tuméfaction des ganglions axillaires a disparu. C'est à ce moment qu'envisageant une sensibilisation cutanée au produit que le sujet manipulait lorsqu'il fit les indéfrisables, nous pratiquons des tests épidermiques avec la solution (contenue dans un flacon dont l'étiquette ne porta que la lettre « A ») que ce malade avait utilisée. Celle-ci, ayant une réaction fortement alcaline, était de couleur rouge et dégageait une odeur ammoniacale marquée. En effet, certains produits employés pour la confection des indéfrisables renferment du thioglycolate d'ammonium, puissant agent sensibilisateur, susceptible de provoquer des accidents cutanés (E. Sidi) (1). Le liquide en solution aqueuse à 1/2 fut appliqué sur la peau du dos suivant la technique habituelle des tests épidermiques, l'eau distillée servant de témoin. Cette épreuve a donné un résultat positif (épidermite papulo-vésiculeuse apparue au bout de 24 heures) pour la première et négatif pour la seconde, montrant ainsi le rôle étiologique du produit suspecté.

2° Mme Col..., âgée de 41 ans, ménagère, dont les antécédents personnels et familiaux ne présentent rien de particulier, est vaccinée contre la variole le 3 avril 1947. La réaction vaccinale locale, siégeant au niveau du bras gauche, est très marquée (forme érysipélatoïde) et il existe une tuméfaction douloureuse des ganglions axillaires du même côté. La malade accuse une certaine fatigue, mais elle ne prend pas sa température. Le 12 avril, 9 jours après la vaccination, lorsque l'intensité des phénomènes immunobiologiques atteint son point culminant, la face et les parties latérales du cou deviennent le siège d'une dermite papulo-vésiculeuse œdémateuse que nous constatons lorsque le sujet vient consulter le lendemain. L'interrogatoire nous apprend que la malade utilise depuis longtemps une crème faciale au stéarate, produit de qualité inférieure qu'elle a cependant bien tolérée jusqu'à présent.

Nous prescrivons des pulvérisations à l'eau de guimauve, suivies d'applications de liniment oléo-calcaire frais additionné d'oxyde de zinc à 10 o/o et nous interdisons l'emploi du produit de beauté que nous croyons être l'agent responsable de l'éruption cutanée. La malade revient après 5 jours de ce traitement qui a fait disparaître la dermatose faciale. La réaction vaccinale s'est presque effacée à ce moment et nous

(1) Communication personnelle.

demandons au sujet d'essayer l'onction d'une petite zone de la peau faciale avec la crème au stéarate. L'application provoqua aussitôt une récidive sous la forme d'une éruption papulo-érythémateuse, rapidement calmée par le traitement précité.

Ainsi la vaccination jennérienne, déclenchant des phénomènes immuno-biologiques, semble avoir favorisé l'éclosion d'une dermatose dont le tableau clinique et la localisation sont différents de la symptomatologie des réactions vaccinales d'ailleurs typiques. Celles-ci n'ont pas montré de signes de reviviscence lorsqu'apparut l'éruption cutanée secondaire qui est due, sans doute, à des réactogènes autres que le vaccin ou les produits tissulaires de désintégration protidique, issus du foyer de la réaction vaccinale. De même, les épreuves de sensibilisation ne réveillaient pas cette dernière bien qu'elle ne fût pas complètement éteinte. En effet, notre premier sujet dont les antécédents révèlent un terrain allergique (eczéma infantile, asthme) acquiert à la faveur d'une fluctuation considérable de l'état d'allergie, une hypersensibilité vis-à-vis d'un produit qu'il a pu manipuler depuis un certain temps sans aucun signe morbide. La seconde malade supportant parfaitement la crème au stéarate fait — au moment du maximum d'intensité de la réaction vaccinale, par conséquent en période de développement d'un état d'allergie — une éruption cutanée faciale. Étant donné qu'il s'agit d'une surinfection d'une dermatose artificielle externe, la notion de biotropisme n'est pas à envisager dans le premier cas.

Par contre, trois des conditions essentielles de la parallergie, la différence des antigènes et de la symptomatologie qu'ils déclenchent, la dépendance d'un état d'allergie préexistante en phase d'oscillation ou de développement et l'absence de phénomènes de reviviscence au niveau du foyer primitif, se trouvent remplies chez les deux malades. Le fait de la reproduction des manifestations cutanées parallergiques à l'aide des tests s'explique aisément par l'existence des réactions vaccinales au niveau de l'inoculation du virus quoiqu'elles fussent bien atténuées au moment des épreuves que nous avons pratiquées et ceci complète le nombre des points caractéristiques de la parallergie.

Quelles déductions peut-on tirer de ces observations ? Nous croyons que les sujets ayant subi la vaccination jennérienne ou tout autre procédé thérapeutique d'immunisation présentent une disposition qui favorise l'apparition de phénomènes parallergiques que déclenchent assez facilement en cette période biologique des agents dont l'on connaît souvent le pouvoir de sensibilisation. Nous devons donc déconseiller à de telles personnes le contact avec ces substances aussi longtemps qu'il existe des réactions vaccinales et il nous faut même l'interdire chez des sujets porteurs d'un terrain allergique préexistant, même s'il était latent. Toutefois la vaccination jennérienne ne saurait être contre-indiquée dans ces cas ; il convient simplement de faire preuve d'une certaine circonspection et de prévoir des réactions post-vaccinales atypiques qui rentrent dans le groupe des phénomènes parallergiques.

(Travail du Service du Dr R.-J. Weissenbach à l'Hôpital Saint-Louis).

Le secrétaire de séance :
Georges Garnier.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

SÉANCE DU JEUDI 11 DÉCEMBRE 1947

Présidence : M. A. Tzanck.

SOMMAIRE

LIVRE REÇU

MM. R. Degos et Ét. Lortat-Jacob offrent à la Société la 3e édition de leur *Précis de dermatologie* (Maloine, éditeur).

PRÉSENTATION DE MALADES

Dermo-hypodermite sclérodermiforme à début hypodermique nodulaire, par MM. H. Gougerot et Jean-Jacques Meyer (Histologie par MM. B. Duperrat et M. Benoit).

Depuis des années, l'un de nous a individualisé ces sarcoïdes, ou mieux hypodermite sclérodermiforme, avec Denecheau (1), Pierre Fernet (2), R. Burnier (3), etc... ; nous vous en avons présenté plusieurs exemples et nous en avons fait la synthèse, dans un article : « nosologie des hypodermites » (*Annales de Dermato-syphiligraphie*, juillet 1946, no 7, p. 369). Hewitt y a consacré un chapitre de sa thèse.

Cette malade, no 149.409, en est un nouvel exemple caractéristique, intéressant parce que la malade nous a montré la lésion débutante : un gros nodule hypodermique non encore dermo-hypodermique teintant à peine la peau de rose violacé. Ce nodule a été transitoire, ne durant que quelques jours, guérissant par l'antigène méthylique ; mais, puisque les lésions scléreuses actuellement persistantes ont eu un tel début, c'est la preuve qu'un nodule allergique peut se scléroser et persister sous une forme scléreuse.

La malade, no 149.409, ménagère, 41 ans, a deux sortes de lésions des jambes : 4 éléments dermo-hypodermiques sclérodermiformes datant de 1943, et un nodule hypodermique unique apparu le 9 août 1947.

I. Les quatre *éléments dermo-hypodermiques sclérodermiformes* ont commencé par un nodule sous-cutané identique au nodule actuel : en 1943, apparaît, sur la face

(1) H. Gougerot et M. Denecheau. Tuberculomes hypodermiques indurés en plaques : tuberculoses sarcoïdes sclérodermiformes. *Revue de Médecine*, septembre-octobre 1916, nos 9 et 10, p. 664 (paru en février 1918)

(2) H. Gougerot et P. Fernet. Sarcoïde en nappe sclérodermiforme. *Soc. Dermat.*, 17 mai 1923, no 37, p. 860.

(3) H. Gougerot et R. Burnier. Nouveau cas de tuberculose sarcoïde sclérodermiforme, à structure non folliculaire du type Gougerot-Dénécheau. Étude critique de ces sarcoïdes. *Soc. Dermat.*, 8 novembre 1928, no 8, p. 802 et *Archives d. s. Clinique de l'Hôp. Saint-Louis*, mars 1929, no 1, p. 155.

antérieure du tiers moyen de la jambe droite, un nodule profond, rosissant à peine la peau, nodule suivi à quelques mois d(intervalle de trois autres : deux sur la face antérieure de la jambe droite, le premier au tiers supérieur, le second à la partie supérieure du tiers inférieur, le troisième sur la face antérieure de la jambe gauche dans son tiers supérieur. D'après la malade, ces quatre nodules auraient abouti, en quelques semaines (la durée exacte ne pouvant être davantage précisée), aux lésions sclérodermiformes actuelles qui restent fixes depuis près de quatre ans.

Le 13 août 1947, ces quatre éléments sclérodermiformes sont de dimensions et de formes variables : en forme de cœur de carte à jouer de 70 millimètres × 70 millimètres pour l'élément supérieur droit, ovalaire à grand axe vertical, de 90 millimètres × 38 millimètres pour l'élément moyen droit, circulaire de 28 millimètres × 27 millimètres pour l'élément inférieur droit. L'unique élément du côté gauche arrondi, a 33 millimètres × 30 millimètres.

Ces quatre éléments sont identiques cliniquement : — bords infiltrés nets, tirés au compas, ressortant nettement sur la peau saine environnante ; — centre atrophocicatriciel, où prédomine le blanc ivoirin sclérodermiforme bariolé d'un fin pinceautage de télangiectasies écarlates, de quelques dilatations veineuses bleuâtres : le fond blanc jaunâtre est renforcé, par endroits, de jaune plus orange prenant toute sa valeur à la périphérie de l'élément où il réalise une sorte de bourrelet ; partout la vitropression décèle un infiltrat jaunâtre. Les placards sont nettement dermo-hypodermiques et l'épiderme en surface est atrophique, légèrement squameux par certains endroits.

II. Le *nodule sous-cutané* récent siège à la face antérieure de la jambe gauche, immédiatement au-dessous de la rotule. De 28 millimètres × 26 millimètres, il est nettement hypodermique, la peau qui le recouvre est normale à peine rosée. Il est légèrement sensible à la palpation.

Histologie. — La biopsie a porté sur le bourrelet de la nappe sclérodermiforme et montre les lésions suivantes (épiderme et derme, la biopsie n'atteignant pas l'hypoderme) :

Épiderme. — Amincissement et tendance à la rectitude de la basale.

Derme. — Densification du collagène dermique. Celui-ci est parsemé de plages inflammatoires distinctes les unes des autres n'obéissant pas à une topographie élective péricapillaire ou péri-annexielle. Ces plages sont constituées par des histiocytes, des lymphocytes, des cellules épithélioïdes et de nombreuses cellules géantes auxquelles s'ajoutent de rares polynucléaires neutrophiles et éosinophiles. Il n'y a pas de structure systématique dans ces infiltrats. C'est ainsi, par exemple, que les cellules géantes ont indifféremment une situation centrale ou périphérique, voire même une situation isolée en plein collagène.

L'orcéine montre la dislocation et la raréfaction des fibres élastiques du derme papillaire et moyen.

Il n'existe pas d'aspect de dyslipoïdose dans le tissu dermique intéressé par la coupe à laquelle aurait pu faire penser l'infiltrat jaunâtre des placards.

Sang : le cholestérol est à 1 gr. 70, les esthers du cholestérol à 1 gr. 45, les lipides totaux à 4 gr. 25 et l'urée à 0 gr. 37.

Numération globulaire : globules rouges : 4.180.000, globules blancs : 3.400, 85 o/o d'hémoglobine. La formule sanguine est de 66 o/o de poly. neutrophiles, 8 o/o d'éosinophiles, 15 o/o de lymphocytes, 5 o/o de monocytes, 6 o/o de grands mononucléaires.

Intradermo-réaction a la tuberculine *fortement positive* déterminant une infiltration de 35 millimètres × 30 millimètres le 12 août, alors que l'intradermo-réaction au sérum de cheval provoque seulement de l'érythème.

Avec vaccin antistreptococcique, papule de 18 millimètres de diamètre. Au staphylocoque, réaction intense de 35 millimètres de diamètre avec un vaccin de 45 millimètres avec l'anatoxine.

Séro-réactions de Bordet-Wassermann, Hecht, Kahn totalement négatives.

État général : la malade se sent fatiguée ; sa température est constamment fixée entre 37°3 le matin et 38° le soir, depuis des semaines.

Évolution et traitement : la malade est traitée régulièrement par l'antigène méthylique depuis août 1947, l'hypothèse tuberculeuse semblant la plus probable, comme dans plusieurs cas antérieurs, ce que confirme l'évolution.

En effet, l'état général s'améliore rapidement. La température se rapproche de la normale sans toutefois encore l'atteindre, depuis trois semaines. Le nodule hypodermique gauche s'est effacé progressivement et complètement en un mois. Les lésions sclérodermiformes persistent et depuis fin octobre 1947, à droite, un pont réunit l'élément supérieur, le moyen et l'élément inférieur.

Kystes épidermiques sur bromides végétantes, s'éliminant à la guérison, par MM. H. Gougerot et A. Carteaud.

La malade n° 149.160, 39 ans, ménagère, consulte le 23 mai 1947, pour des lésions bulleuses mais surtout végétantes, disséminées sur les avant-bras, le genou et la cuisse droite, mais principalement sur la face. Il s'agit de nodules végétants, grossièrement arrondis de 2 à 18 millimètres, saillants, rouges en certains points, lilacés en d'autres, légèrement purulents à leur pourtour, douloureux à la pression, réalisant, de loin, un faux aspect « en cocardes ». D'autres, en particulier à la face, sont agglomérées et forment sur les joues, deux placards « en macarons » vaguement symétriques.

L'aspect est celui des bromides végétantes et, de fait, la malade, insomnique, avoue avoir absorbé du Novobrol du 24 avril au 20 mai, à raison d'un ou deux grammes chaque soir. La dose totale a été de 40 grammes et les lésions ont commencé à apparaître le 6 mai, alors que la malade avait absorbé 15 grammes de bromure de sodium.

Le bromure a été supprimé dès la première consultation, et les lésions ont été traitées comme des pyodermites par l'eau d'Alibour, éosine, pommade au calomel. Dans les jours qui ont suivi, de nouvelles lésions sont apparues, avec un caractère beaucoup plus bulleux que les premières. Certaines même étaient faites de petites bulles et de vésicules agglomérées. Puis, progressivement, les lésions se sont amendées.

Toutefois, le 4 juillet 1947, sur les macules rouges cicatricielles, gaufrées, nous constatons des grains de « milium », surtout abondants aux avant-bras, quelques-uns sur les macules pigmentées des joues. La malade est traitée par quelques séances de neige carbonique sur les cicatrices des avant-bras, mais non sur la face où la malade continue uniquement la pommade au calomel à 1/20.

A un nouvel examen, le 7 novembre 1947, les kystes épidermiques ont complètement disparu.

L'apparition de kystes épidermiques sur les reliquats maculaires des lésions bulleuses a été étudiée par les classiques dans l'épidermolyse bulleuse à kystes épidermiques et par Weissenbach, dans la maladie de Dühring-Brocq (voir la thèse de Robert Weissenbach fils). Il ne paraît pas qu'elle ait été rapportée au cours des bromides végétantes et bulleuses, et il est intéressant de noter leur disparition spontanée à la guérison des bromides.

Lichen plan verruqueux de l'anus, par MM. H. Gougerot et A. Carteaud.

Le malade n° 149.780, mécanicien, 55 ans, consulte le 15 novembre 1947, pour prurit intolérable de l'anus, empêchant tout sommeil depuis 15 jours.

L'examen local montre des élevures verruqueuses en couronne autour de l'orifice anal, large d'environ 15 millimètres, saillante de 3 à 4 millimètres, de coloration blanchâtre, non suppurée, non aplatie, sans excoriation, ni fissure. Les bords sont trop nettement arrêtés pour diagnostiquer une lichénification géante ; la ressemblance est évidente avec un lichen verruqueux des jambes, et l'examen de la bouche permet de découvrir un lichen typique, floride de la langue et de la face interne des joues : constellation de taches blanches, d'un diamètre de 2 à 5 millimètres, sur les deux tiers antérieurs de la face dorsale de la langue ; nappes de lichen avec plusieurs zones nettement érosives, à la face interne des joues.

L'interrogatoire nous apprend que le prurit anal remonte à six mois, mais que jusqu'alors il était tolérable. Ce n'est que depuis une quinzaine de jours qu'il est devenu particulièrement intense et a entraîné une insomnie rebelle aux médications usuelles. C'est, coïncidant avec cette recrudescence, que le malade a découvert le lichen buccal.

Le malade n'a que ces deux localisations de lichen : anus et bouche.

L'examen général ne permet pas de retenir d'autres symptômes pathologiques ; il ne semble pas particulièrement nerveux ; les réactions sérologiques sont totalement négatives.

Apparition tardive d'un nœvus progressif pigmentaire et secondairement pileux, par MM. Gouin, A. Poupinel et Mlle Vitrolles (Interne).

Le malade que nous avons l'honneur de vous présenter est intéressant à cause de l'apparition tardive et de l'évolution capricieuse de la dystrophie qu'il présente.

Voici son histoire :

Lœffler Hogo, prisonnier de guerre allemand est âgé de 36 ans, pèse 70 kilogrammes, mesure 1 m. 63, consulte en avril 1947.

C'est en 1936 qu'apparaît à la partie supéro-externe de la fesse gauche une tache café au lait de la grandeur d'une pièce de 5 francs. Cette tache est pigmentaire, non recouverte de poils. Le malade, à ce moment est âgé de 25 ans. La tache reste de cette dimension jusqu'en février 1947 où très rapidement elle s'étend, formant un hémi-caleçon gauche.

Nous voyons le malade en avril 1947 et quelques jours après son entrée nous avons l'occasion de le présenter à M. Clément Simon.

Il s'agit d'un nævus café au lait, pentagonal, formant un hémi-caleçon au sujet, et ayant 36 centimètres de hauteur sur 45 centimètres de large. Le bord supérieur est régulier. Le bord inférieur au contraire s'émiette en réseau qui tombe en dentelle sur la face externe de la cuisse. A cette époque (avril 1947) le nævus ne présente pas de poils. Pas de modifications au toucher, ni à la piqûre, ni à la chaleur. Pas d'adénopathie.

Dès le mois de juin un troisième stade se présente. Le nævus se couvre de poils. Des photographies ont été faites en octobre 1947.

En décembre 1947 nous revoyons le malade et constatons que le nævus s'agrandit ; le bord supérieur est devenu irrégulier et la face dorsale du dos s'est couverte de poils longs et nombreux disposés symétriquement. Une photographie est faite.

Examen des téguments. — Le reste du corps est indemne de taches pigmentaires. Pas de nævus tubéreux, mulluscoïde, aucune nodosité qui puisse faire penser à un Recklinghausen.

Cavité buccale. — Aucune dystrophie pigmentaire. Dentition normale.

Examen sérologique. — Négatif.

Radioscopie pulmonaire. — Négative.

Tension artérielle. — 14-8.

Analyse d'urine. — Néant.

Antécédents héréditaires. — Père et mère bien portants. Ont eu 10 enfants. Le malade est marié et a 2 enfants bien portants.

Antécédents personnels. — Le malade aurait été brûlé en 1930 par de l'eau bouillante renversée sur le pied gauche. On distingue avec difficulté quelques fines cicatrices sur l'articulation tibio-tarsienne face dorsale.

Un deuxième accident à l'avant-bras gauche se place en 1944. Il y aurait eu fracture au poignet, tiers moyen. Une radiographie ne montre pas de cal et la réduction est convenable.

Le malade n'a pas fait de maladies infectieuses sauf des furoncles en 1933, à la nuque et à l'auriculaire gauche.

Enfin, il accuse au pied gauche et à l'épaule gauche des douleurs à chaque changement de temps et quand il fait froid la partie gauche présente des marbrures.

En résumé, il s'agit d'un nævus tardif ayant évolué en 4 phases :

— La première constituée par un nævus petit, grandeur d'une pièce de 5 francs, restant dans cet état pendant 10 ans (1936);

— La deuxième est constituée par l'extension rapide à partir de février 1947;

— La troisième, le nævus se recouvre de poils 6 mois après son extension pigmentaire;

— La quatrième, le nævus continue à s'étendre en même temps que le dos se recouvre de poils, véritable hypertrichose.

M. le Professeur Gougerot a insisté plusieurs fois sur l'influence des traumatismes pour faciliter le déclanchement des nævis tardifs.

Chez notre malade nous notons deux traumatismes sur le membre gauche, des douleurs pseudo-rhumatismales toujours à gauche et une sensibilité particulière au froid localisée également au côté nævique; en résumé, terrain nævique à prédominance gauche.

Nous avons pensé qu'il était intéressant de consigner cette observation.

A propos des soi-disant Mélanoses de Riehl, par M. A. Tzanck.

Dans une précédente séance, nous avons été amenés mon collègue M. Degos et moi-même à avouer que nos conceptions dermatologiques étaient diamétralement opposées.

Je voudrais à propos de cette question de la Mélanose de Riehl qui a précisément fait éclater notre désaccord, indiquer en quoi selon moi consistent nos divergences et cela en raison de l'importance pratique et théorique qu'elles comportent.

M. Degos reste profondément attaché à une dermatologie descriptive à laquelle Brocq a donné une si profonde empreinte. Alors que je considère que cette époque, pour éclatante qu'elle ait été, a fait son temps; qu'elle doit céder le pas à des directives nouvelles et notamment à des investigations nosologiques d'un ordre particulier.

Le même fossé qui nous sépare M. Degos et moi, me sépare de Brocq. Il suffirait pour s'en convaincre de jeter les yeux sur la « conception générale des dermatoses » parue dans les *Annales de Dermatologie* en 1917 où vous trouverez exposée cette dermatologie en surface que concrétise une représentation graphique des dermatoses. Ce qui aboutit au souci de déterminer les frontières des maladies, à la recherche de formes de passage, à la prospection continuelle en vue de la découverte de maladies nouvelles.

Cette attitude fut en son temps un immense progrès. A mon sens, elle est aujourd'hui la cause de la stagnation actuelle de la dermatologie.

La morphologie et l'étiologie cèdent souvent le pas à la nosologie; souvent une même entité nosologique peut se présenter selon les aspects les plus divers comme une même entité clinique peut répondre à des étiologies très différentes.

Telles sont les directives qu'avec Darier nous avons exposées dans notre présentation synoptique des dermatoses. Ce sont elles qui nous ont conduit dans le cas particulier des soi-disant : « mélanoses de Riehl ».

Le chemin parcouru par nous-mêmes mérite d'être rappelé.

Juste avant la guerre, nous n'avons pas su améliorer une de ces malades qui pourtant nous indiquait — comme nous l'avons depuis retrouvé sur nos fiches — l'usage d'une des poudres que nous avons dans la suite reconnue comme la plus mélanogène.

Ce n'est pas l'analyse morphologique mais l'enquête nosologique et souvent la pratique des tests qui nous permet de reconnaître la nature réactionnelle de ces pigmentations.

Aujourd'hui, c'est 6 malades que nous vous présentons, toutes, ou presque, guéries.

6 autres nous ont écrit qu'elles ne pouvaient se rendre à notre appel.

8 enfin que nous savons également très améliorées, sinon guéries, n'ont pas encore répondu.

Mais ce sur quoi je veux insister, c'est que l'enquête différemment conduite chez chacune de nos malades qui nous apportent aujourd'hui une confirmation éclatante aurait pu nous induire en erreur.

L'une présente un goître manifeste.

La seconde accuse des troubles digestifs.

La troisième rattache sa pigmentation à un choc nerveux.

Et cependant toutes sont améliorées au point que le diagnostic autrefois évident (comme le montrent les photographies) est aujourd'hui presque impossible.

Cette conviction doctrinale qui nous oppose fait qu'en présence d'une même malade un facteur banal comme l'usage d'une poudre peut dans un cas passer inaperçu et dans l'autre prendre la première place.

Mais ce qui importe, ce sont les preuves sur lesquelles repose cette conviction. Or ce sont ces preuves que nous tenons à exposer dans notre note suivante.

M. R. Degos. — M. Tzanck m'a fait un grand honneur en me considérant comme un disciple de Brocq. J'ai eu l'immense avantage d'apprendre la dermatologie grâce à M. Gougerot qui fut un élève de Brocq. M. Gougerot m'a fait comprendre la nécessité d'une discipline dermatologique rigoureuse qui appuie tout diagnostic sur la base sûre et inattaquable que constitue la détermination de la lésion élémentaire. L'âge de la nosologie est certes dépassé, mais même actuellement nous restons convaincus que pour faire de la dermatologie vraie, il faut tout d'abord placer telle ou telle dermatose dans un groupe précis.

M. Tzanck déclare que c'est faire de la dermatologie en surface, et si je comprends bien de la dermatologie botanique. Mais je crois que c'est la base même de la dermatologie sans laquelle on ne peut construire que sur du sable.

Que cette attitude de nosologiste soit stérile, non; qu'elle soit le but final de nos préoccupations : il serait absurde de la considérer ainsi. Et j'espère que M. Tzanck veut bien penser que j'ai tout autant que lui le souci des recherches étiologiques mais je me méfie beaucoup des hypothèses pathogéniques habilement construites. Par contre, je m'efforce de rechercher des causes tangibles et d'en déduire des conduites thérapeutiques.

Au sujet de la mélanose de Riehl, je crois que M. Tzanck m'a fort mal compris. Comme M. Gougerot, je pense que les érythèmes pigmentogènes du visage ont des causes multiples. Certains peuvent être déclenchés par les fards et les poudres en tant que facteurs photosensibilisants ou comme simples irritants externes (dermite artificielle pigmentogène). Mais à notre avis, ces produits de beauté sont loin d'être les seuls réactogènes. Et, à côté du réactogène, facteur déclanchant, il y a les facteurs permanents qui permettent au réactogène d'agir (nerveux, digestifs...).

M. H. Gougerot. — Ayant eu l'insigne honneur d'être, pendant trois ans, l'assistant de Louis Brocq, à l'Hôpital Saint-Louis, je crois devoir souligner que chaque époque, dans l'Histoire, a ses nécessités. Louis Brocq a dû défricher patiemment « les terres inconnues » de la dermatologie, il l'a fait avec un succès admiré de tous, la recherche de la lésion élémentaire qui nous semble banale aujourd'hui, était alors une méthode nécessaire et toujours suivie. M. Tzanck reconnaît, lui aussi, cet immense progrès.

Mais ceux qui n'ont pas connu cette époque ne doivent pas en déduire que Louis Brocq négligeait les recherches étiologiques. Bien au contraire (de même qu'un autre de mes Maîtres Louis Landouzy), il réclamait le diagnostic « en échelons » : d'abord anatomo-clinique, puis pathogénique, et enfin étiologique, sa classique distinction entre les réactions cutanées (ou syndromes) *et* les entités morbides (ou maladies) en fait foi. D'ailleurs, si on relit les discours des présidents de la Société de Dermatologie, à leur entrée en charge, tous répètent la nécessité de la même méthode; nous sommes donc tous d'accord.

Mes observations et celles de Degos suivent le même principe et la même méthode. Tous deux nous avons insisté sur la multiplicité des causes des mélanoses de Riehl, démontrant en particulier que le lichen plan pouvait être une de ces causes, et nous avons même proposé le terme d'érythèmes pigmentogènes.

Le grand mérite des Nord et Sud-Américains, depuis 1942 (je crois), et en France celui de Touraine, de Tzanck et de leurs collaborateurs, a été de mettre en lumière le rôle des irritants externes et de leurs intolérances : Touraine pour les teintures de cheveux, Tzanck pour les fards, la démonstration étant faite par la méthode des tests (je note, en passant, que tous nous attachons la plus grande importance aux tests et que personnellement, avant la guerre de 1914, j'employais, notamment avec Blamoutier, la méthode systématique des tests en trois plans qui nous permit de préciser la pathogénie de plusieurs sensibilisations professionnelles : au bois de palissandre, etc...).

Mais cette dermatite artificielle avec sa sanction thérapeutique n'est qu'une partie du problème des pigmentations, puisque toute usagère de fards ne fait pas d'érythème pigmentogène. Pour faire ces érythèmes pigmentogènes, un terrain pigmentogène (comme aurait pu dire Molière) est nécessaire, et c'est pour constituer ce terrain si spécial qu'interviennent des facteurs multiples : nerveux et sympathique, troubles endocriniens (sur lesquels nous avons insisté), troubles intestinaux mis en évidence par Bolgert, avitaminoses, rôle de la lumière, etc., toutes constatations qui prouvent la très grande complexité du mécanisme et de l'étiologie des pigmentations.

Erythème desquamatif en plaques, congénital et familial (génodermatose nouvelle ?), par MM. R. Degos, O. Delzant et Mlle H. Morival.

La génodermatose, dont nous faisons ici la description, ne semble pas avoir été encore isolée. Elle se caractérise par des plaques érythémateuses arrondies, de grande dimension, dont le centre est couvert par une large squame donnant à certains éléments l'aspect en cocarde. L'évolution se fait depuis la naissance par poussées avec disparition de la squame et atténuation de l'érythème dans les périodes intermédiaires.

P... D., 13 ans, est atteinte depuis la naissance d'une dermatose siégeant sur les membres inférieurs. Cette dermatose est constituée par plusieurs éléments, ronds ou ovalaires, de plusieurs centimètres de diamètre, les uns séparés par des intervalles de peau saine, les autres confluents en nappes à contours irréguliers ou polycycliques. Tous ces placards sont érythémato-squameux, souples, non infiltrés.

Sur les jambes, les lésions constituent une vaste nappe érythémato-squameuse, parakératosique, à contours géographiques. Les squames ont un aspect collodionné, elles sont assez adhérentes mais peuvent se détacher par larges lamelles. En de nombreux endroits la desquamation se dispose en cercles bien arrondis. En dehors de ces nappes, on constate des éléments isolés, arrondis, érythémateux et érythémato-squameux de 40 millimètres de diamètre en moyenne. La vaste nappe semble être le résultat de la coalescence d'éléments semblables (Photo Musée Hôp. Saint-Louis, n°s 29.860 et 29.861).

Sur les genoux, les lésions sont plus kératosiques. Mais l'aspect hyperkératosique est transitoire. A quelques jours de distance, nous avons observé la disparition de l'hyperkératose, remplacée par des squames lamelleuses puis furfuracées, et, d'après la malade, seul l'érythème persiste atténué pendant plusieurs semaines ou mois jusqu'à la poussée suivante.

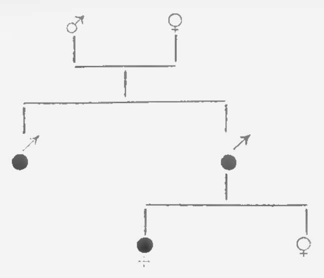
A la face postérieure des cuisses et sur les fesses, les éléments forment des taches nettement arrondies, de taille variable, mesurant de 25 millimètres à 70 millimètres de diamètre. Ces éléments sont d'un rose assez vif e leur centre est recouvert par une large squame grise arrondie mais à contours irréguliers. Cette large squame ronde est bordée par l'anneau rose que constitue la tache érythémateuse sous-jacente qui déborde la squame de 15 millimètres environ sur tout son pourtour. L'ensemble réalise *un aspect en cocarde* (Photo Musée Hôp. Saint-Louis, n° 29.862). Spontanément la squame se fendille, se dissocie et se détache par fragments, en même temps que l'érythème pâlit. Ces éléments en cocarde disparaîtraient en trois semaines à un mois. Une nouvelle poussée surviendrait après une phase de un à deux mois, mais entre les poussées il n'y aurait jamais une disparition totale des éléments.

Sur tous ces éléments il n'existe aucune érosion, aucune croûte véritable, aucune bulle. Il n'y a pas de prurit.

Le reste du tégument est indemne ainsi que les muqueuses et les phanères. La peau n'est pas ichtyosique. La paume des mains est le siège d'une desquamation légère de type desquamation estivale en aires, il n'y a pas de kératodermie. L'état somatique et psychique de l'enfant est normal. Les réactions sérologiques sont négatives.

Le *père* de la malade, que nous avons pu examiner, présente depuis son enfance des lésions analogues sur les deux membres inférieurs avec un état hyperkératosique des genoux.

Le *frère du père* aurait également des lésions identiques. Les autres membres de la famille semblent indemnes, mais nous n'avons pu nous fier qu'à l'interrogatoire de la malade et de ses père et mère.



Erythème circiné tertiaire, par MM. R. Degos, G. Garnier et A. Bellone.

Présentation d'une malade de 25 ans atteinte d'un érythème circiné annulaire occupant toute la largeur de la partie moyenne de la plante du pied droit. L'anneau circonscrit une surface de 80 millimètres × 60 millimètres et a une largeur de 12 millimètres. Il est purement érythémateux, sans desquamation et sans infiltration (Photo Musée Hôp. Saint-Louis, n° 29.870). Un deuxième élément annulaire beaucoup plus petit existe à quelques centimètres de distance, au-dessous de la malléole interne droite. Ces lésions persistent depuis plusieurs mois sans changement. L'aspect est celui de l'érythème circiné syphilitique tertiaire. Les réactions sérologiques sont très fortement positives (Wassermann, Hecht, Meinicke, Kahn).

Psoriasis papillomateux et verruqueux, par MM. Félix-Pierre Merklen et Maurice Mansour.

F... Henri, 40 ans, consulte à Broca le 20 novembre 1947 pour deux placards de la face antéro-externe des jambes, à hauteur des fixe-chaussettes, datant déjà de 20 mois et rebelles aux traitements antérieurs (auto-hémothérapie, hyposulfite intraveineux, pommades à l'acide salicylique et à l'ichtyol).

Le placard de la face externe de la jambe gauche est bilobé et atteint 10 centimètres de haut sur 5 centimètres de large en bas, 3 centimètres en haut ; il est nettement surélevé avec un aspect grossièrement verruqueux, mais si on enlève la couche superficielle kératosique jaunâtre et friable, de 1 à 2 millimètres d'épaisseur, on trouve une sorte d'aspect papillomateux et végétant avec de nets sillons. Le placard de la jambe droite, qui a la taille d'une pièce de 5 francs, a les mêmes caractères, mais la pression latérale a pu en faire sourdre une goutte de liquide purulent.

La périphérie de ces deux placards est érythémateuse et s'en détachent quelques petits éléments donnant au grattage méthodique les signes caractéristiques du grattage. Par ailleurs, il n'y a pas de lésions des genoux, mais quelques éléments de psoriasis confirmé au cuir chevelu, aux coudes, à l'ombilic ; un petit placard suintant, sans signes particuliers au grattage, au pli inguinal gauche ; une leucoplasie commissurale gauche. Le reste de l'examen est négatif, les réactions sérologiques normales (malgré un enfant mort-né à 8 mois) ; il n'y a ni albuminurie, ni glycosurie, mais la glycémie était à 1 gr. 25 par litre le 22 novembre, à 1 gr. 40 le 4 décembre (et l'hyperglycémie a été déjà signalée dans le psoriasis verruqueux).

Une biopsie prélevée sur le bord du placard de la jambe gauche et examinée par B. Duperrat, a montré des verrucosités cornées, ortho- et parakératosiques, reposant sur un derme télangiectasique. Il n'existe pas d'aspect typique de psoriasis : les papilles dermiques n'apparaissent pas particulièrement hautes et effilées ; les infiltrats leucocytaires à l'intérieur des papilles dermiques paraissent plus discrets que dans le psoriasis commun ; toutefois il existe en superficie, sous la couche cornée, des amas de leucocytes émigrés qui répondent assez exactement à la description des pseudo-abcès de Munro.

Ainsi, chez ce malade se retrouvent plusieurs des signes habituels du psoriasis verruqueux. Sans doute, y a-t-il un aspect papillomateux qui peut faire discuter une pyodermite végétante, diagnostic qu'il est d'ailleurs de règle d'évoquer devant un cas de psoriasis verruqueux; pouvoir faire sourdre une goutte de pus du placard est signalé dans les descriptions typiques du psoriasis verruqueux. L'existence à la périphérie des deux placards de lésions élémentaires donnant de la façon la plus nette les signes du psoriasis du grattage méthodique, la présence à distance d'éléments de psoriasis emportent le diagnostic. Il faut souligner l'existence d'une légère hyperglycémie et la localisation qui peut correspondre au point d'appel que constitue l'irritation des fixe-chaussettes. La biopsie, si elle ne montre pas d'aspect absolument typique de psoriasis, révèle cependant l'aspect des pseudo-abcès de Sabouraud et Munro.

Diagnostic extemporané du pemphigus par la méthode des frottis,

par M. A. Civatte.

La biopsie nous fournit un moyen relativement aisé de faire un diagnostic absolument ferme entre le pemphigus et la dermatite de Dühring. Mais voici un moyen plus aisé encore : un simple frottis de fond de la bulle, qu'on colorera au May-Grünewald. Tzanck nous a montré depuis quelques années, ce qu'on peut attendre de cette méthode dans un grand nombre de dermatoses. Voici que le pemphigus se range parmi celles où cette technique rend le plus de services. On pouvait s'y attendre, à voir la structure histologique de la bulle de pemphigus, caractérisée par une acantholyse à peu près totale. Les débris de corps muqueux devaient donc pouvoir s'étaler facilement sur nos frottis, et s'y montrer sans qu'il fût besoin de recourir à l'extirpation totale de la bulle. C'est toujours de l'histologie que nous faisons ainsi, mais transposée. Et c'est une partie spéciale de l'histologie que nous étudions là : la cytologie. Nous voyons plus facilement, en effet, sur frottis, les monstruosités nucléaires qui existent souvent dans le corps muqueux acantholysé.

Alors même que ces monstruosités n'existent pas, les grands placards de cellules malpighiennes volumineuses viendront porter témoignage, et permettre la diagnostic.

J'apporte deux exemples de diagnostic fait ainsi. Il s'agit de deux femmes qui présentaient quelques ulcérations de la muqueuse buccale. L'une d'elles n'avait pas d'autres lésions. La seconde avait encore deux ulcérations à la région péri-anale et une bulle sur le flanc gauche. Pour la première malade, le diagnostic de pemphigus n'avait même pas été envisagé; on cherchait du côté de la syphilis. C'est la recherche systématique qui a imposé le diagnostic, justifié plus tard, par l'apparition de bulle, sur le tégument. Pour l'autre, des discussions répétées entre divers dermatologistes avaient laissé en suspens la question : pemphigus ou maladie de Dühring-Brocq ? L'examen du frottis a apporté en moins d'une heure une réponse péremptoire.

Rien de pareil ne se voit sur les frottis faits avec le fond d'une bulle de dermatite de Dühring.

Hidradénomes disséminés, par MM. D Thibaut, Latrab et Ramakers.

Depuis la description de Darier et Jacquet, les hidradénomes à localisation cervicale et thoracique ont fait l'objet de nombreuses présentations et l'observation ci-dessous ne mérite d'être rapportée que par suite de quelques particularités.

Mlle C..., 27 ans, se présente à nous le 30 juin 1947 pour les lésions génitales. Il existe en effet des érosions symétriques sur la face interne des petites lèvres, autour de l'hymen. L'inspection du col utérin révèle de nombreuses taches érosives.

L'examen de la peau décèle sur la paupière inférieure droite, sur le cou, sous les seins, sur l'abdomen de petites papules lisses, infiltrées, rosées ou violacées, non prurigineuses de la dimension d'une grosse tête d'épingle — non turgescentes à la friction — quelques-unes sont réduites à l'état de points pigmentés. Le dos est indemne, on constate une légère adénopathie de la nuque et des régions inguinales et la malade se plaint d'une céphalée nocturne peu accentuée.

Devant ces manifestations, il fallait songer à la syphilis, bien que l'éruption se soit développée progressivement et lentement dans ces 4 ou 5 dernières années.

Les recherches de laboratoire s'imposaient : elles furent toutes négatives. L'ultramicroscope ne montra pas de tréponèmes, les réactions sérologiques donnèrent les résultats suivant, à deux reprises :

Bordet-Wassermann — — — + ; Hecht — + — + ; Kahn — ;
Bordet-Wassermann — — — — ; Hecht — — — — ; Kahn — ; Meinike —.

Le 4 août 1947, cicatrisation des érosions vulvaires et utérines sans aucun traitement. État général excellent : l'exploration clinique des divers organes ne montre rien de particulier.

On songea alors aux hidradénomes éruptifs, ce qui fut confirmé par le microscope.

Examen histologique. — *Épiderme.* — Sous une légère bande de kératose existe un corps muqueux épaissi. Cette acanthose, avec élargissement des prolongements interpapillaires apparaît d'autant plus nette qu'elle existe seulement dans la partie centrale de la coupe, elle est en rapport avec les lésions dermiques sous-jacentes.

Derme. — Celui-ci présente dans la zone papillaire un infiltrat en bande plus ou moins large mais assez longue, puisqu'elle occupe tout le champ microscopique (obj. 3, Leitz).

La réaction cellulaire est caractérisée presqu'exclusivement par des lymphocytes tassés les uns contre les autres au milieu de l'infiltrat deux formations kystiques, tapissées par une assise de cellules cubiques.

Au-dessous de lui, d'autres ectasies au nombre de trois, l'une est vide, les deux autres remplies par une substance anhiste rosée; elles sont limitées par une ou deux rangées de cellules épithéliales.

On remarque ailleurs des cordons cellulaires assez courts, coupés selon leur longueur ou perpendiculairement à leur axe, outre un follicule pilo-sébacé, un glomérule sudoripare à la limite du chorion et de l'hypoderme.

Cette observation suscite quelques réflexions. Puisque les lésions génitales, d'origine indéterminée, peut-être herpétique, ne doivent être que le fait d'une coïncidence, elles créent en s'associant avec les éléments papuleux un tableau clinique hautement syphiloïde et le diagnostic différentiel ne sera posé qu'en tenant compte de l'évolution et de l'examen sérologique.

La possibilité d'une confusion a déja été signalée lorsque la manifestation cutanée est solitaire; à plus forte raison ici.

Il est habituel de considérer, d'une part, les hidradénomes des paupières et d'autre part, ceux dits éruptifs cervico-thoraciques. MM. Sézary et Horowitz ont signalé le siège abdominal; il est donc bon de savoir que l'association des premiers aux seconds n'est pas si rare, et qu'elle se trouve dans quelques observations, dans celle-ci en particulier.

Il serait plus indiqué d'opposer à la forme habituelle celle isolée par Carol et Naegeli sous le nom de syringome circiné et signalée à nouveau par MM. Sézary, Lévy, Coblentz et Rabut (hidradénome éruptif annulaire).

L'intégrité de la région dorso-lombaire est un fait à signaler.

L'aspect histologique est enfin spécial en raison de la réaction du derme et de l'épiderme; leur aspect normal est souvent noté, tandis que dans le cas présent il y a acanthose et infiltrat leucocytaire.

On pourrait songer à une malformation héréditaire; aucune enquête familiale n'a pu être menée, mais d'après l'assertion du sujet, son frère, âgé de 30 ans, qui habite le Pas-de-Calais, commencerait à présenter des lésions analogues au cou. Il y a eu un mariage consanguin puisque la mère a épousé son cousin.

Les pigmentations réactionnelles (Mélanose de Riehl, mélanoses toxiques, pigmentations péribuccales. Poïkylodermie réticulée faciale, etc, etc), par MM. A. Tzanck, E. Sidi et S. Dobkévitch.

Le diagnostic de ces états est des plus facile. La seule difficulté est d'en reconnaître l'origine.

On a invoqué les causes les plus diverses : influence du système nerveux, des glandes endocrines et notamment de l'hypophyse, du tube digestif, de carences diverses.

Aucun de ces mécanismes n'a été indiscutablement établi et cependant chacun d'eux a déterminé les thérapeutiques les plus diverses (régimes, rayons X, parathyroïdectomie, etc...).

Inversement, en faveur d'une cause déterminante extérieure, il existe tout un faisceau de preuves :

Constatations cliniques;
Démonstrations expérimentales;
Résultats thérapeutiques.

Ce sont ces preuves décisives que nous voudrions exposer à l'occasion de 6 malades que nous avons réunis aujourd'hui sur près d'une vingtaine que nous avons suivis en deux ans et que nous avions convoqués.

1° *Constatations cliniques.* — Sans faire état de 17 cas de Perini chez lesquels la soi-disant mélanose de Riehl a apparu à la suite de l'usage d'une poudre de riz et qui ont tous guéri par sa suppression, chez tous nos malades il nous a été possible d'établir le rapport entre la substance pigmentogène et la mélanose. Lorsque l'attention est attirée sur ce point on n'a pas de peine à s'assurer que des produits divers peuvent jouer le rôle de réactogène.

Dans tous nos cas, il nous a été possible de déceler la substance en cause.

De plus, la présence d'érythème et de prurit à l'occasion de l'application de ces produits a souvent été retrouvée.

Cependant, il est indispensable que l'attention soit attirée sur cette relation faute de quoi on ne pense pas à incriminer ces produits qui, considérés comme anodins, ne sont pas retenus en raison de la banalité de leur usage .

2° *Démonstration expérimentale.* — Elle est fournie par la méthode des tests, encore faut-il se mettre dans les conditions mêmes qui ont donné lieu à la pigmentation.

Très souvent une simple application ne suffit pas et le test est considéré comme négatif.

Pour détenir la réaction, il faut :
tantôt la répétition de l'application,
tantôt une réactivation (par l'histamine, ou par un microtraumatisme, l'action de la lumière, etc...).

Cette démonstration nous l'avons trouvée positive dans près de la moitié des cas, mais pour des substances très diverses (huiles, crèmes, teintures, poudres surtout et en particulier pour une poudre d'une marque donnée « C... ».

3° *Les résultats thérapeutiques.* — Ils ont été décisifs.

Même lorsque les tests ont été négatifs toute application de produits de beauté ou d'huile étant supprimée, l'amélioration a été immédiate et la guérison a été obtenue en quelques mois.

Lorsque les tests positifs nous ont permis de déterminer la substance nocive, nous avons pu laisser aux malades l'usage de tous leurs produits, sauf celui reconnu mélanogène pour obtenir les mêmes résultats.

Tous les sujets cependant ne font pas la même réaction. Ce qui correspond à la définition même des intolérances. Il existe donc un facteur individuel favorisant. Ce dernier peut être de divers ordres, nerveux, endocrinien, digestif ou autre. Il nous a été impossible de le préciser. Pas plus que ce facteur n'a été précisé par les auteurs qui le considèrent comme la cause déterminante de la soi-disant « mélanose de Riehl ».

Nous revenons une fois encore sur ces faits pour des raisons théoriques et pratiques.

Théoriques. — Parce que la conception des « pigmentations réactogènes » apporte une réelle clarté, elle réunit :
la mélanose de Riehl,
les mélanoses toxiques de Hoffman et Haberman,
les pigmentations péribuccales,
la poïkilodermie réticulée, type Civatte, dont certains au moins comportent la même signification.

Dans chacun de ces cas, il nous a été permis d'apporter les preuves cliniques, expérimentales et thérapeutiques en faveur de cette conception.

Pratiques. — Parce qu'il nous a suffi dans chacun des cas que nous présentons de supprimer le réactogène en cause pour obtenir en plusieurs mois la guérison sans recourir à des régimes sévères, des médications particulières, des traitements radiothérapiques et surtout sans intervention chirurgicale d'aucun ordre. Telle la parathyroïdectomie qui a été préconisée par certains auteurs.

Cyto-diagnostic immédiat dans un cas de Cancer du gland, par MM. Moline, Aron Martin.

Il s'agit d'un malade exerçant la profession de cordonnier.

Il présente, comme on le voit sur ces photographies, une ulcération superficielle du sillon balano-préputial. L'absence de douleur, la topographie, la couleur, le contour, l'adénopathie même font penser à un chancre syphilitique.

Mais le malade nie tout contact vénérien — ce que ses 69 ans ne garantissent pas forcément — et surtout :

— la lésion évolue depuis 2 mois au moins;
— l'induration, ligneuse, envahit tout le gland;
— l'ultra-microscope montre des spirilles de morphologie bien douteuse;
— la sérologie est négative.

Dans l'heure qui suivit le premier examen, le diagnostic exact a pu être fait :

Une ponction à l'aiguille dans la masse ligneuse permet de faire un frottis et la coloration de celui-ci révèle *un épithélioma pavimenteux intermédiaire*, diagnostic confirmé ultérieurement par l'examen histologique.

(Cyto-diagnostic immédiat n° F 116. Examen histologique n° 1.577).

Service du Dr A. Tzanck.

Maladie de Bowen. Cyto-diagnostic immédiat, par MM. E. Sidi et S. Dobkévitch.

M. T... Yves, 47 ans, présente sur le dos de la main gauche des placards arrondis, nummulaires, croûtelleux et kératosiques, limités par un fin bourrelet légèrement infiltré. Début il y a 6 ans. Il y a 1 ans, le malade a subi une électrocoagulation pour une lésion analogue sur la main droite et pour laquelle le diagnostic d'épithélioma pagétoïde a été porté.

Le 3 juin 1947, on pratique un frottis après grattage, et une biopsie.

Le frottis examiné immédiatement, montre des cellules épithéliales isolées, relativement volumineuses, à cytoplasme net, à gros noyau irrégulier avec des nucléoles multiples.

On est frappé par l'absence de cohérence, le volume de ces cellules, l'importance du cytoplasme, l'aspect irrégulier, et parfois monstrueux des noyaux. Le frottis indique d'emblée qu'il s'agit d'un épithélioma pavimenteux, mais non pas d'un épithélioma baso-cellulaire banal.

La biopsie confirme ces réserves : elle montre en effet une *maladie de Bowen* : l'épithélium est végétant, d'aspect bigarré, et contient des cellules dyskératosiques monstrueuses, isolées, ou en plages qui tranchent par leur aspect clair.

L'examen cytologique immédiat a donc permis de faire non seulement le diagnostic de tumeur maligne, d'épithélioma pavimenteux, mais encore d'apporter une approximation plus grande et de mettre en évidence les caractères particuliers liés à la dyskératose.

« Cyto-diagnostic rapide » : modification de la méthode de Pappenheim, par MM. A. Tzanck, R. Aron et M. Rozencweig.

L'un des intérêts du cyto-diagnostic immédiat réside dans la rapidité de la méthode.

Un simple frottis sur lame du produit d'un grattage méthodique ou d'une ponction ganglionnaire, coloré par la méthode de Pappenheim au May-Grünwald-

Giemsa, fournit à la clinique en 35 ou 40 minutes les précieux renseignements qui ont été exposés par ailleurs.

Il nous a semblé intéressant d'essayer de réduire le temps compris entre la question posée par le clinicien et la réponse du laboratoire.

Il nous est apparu que la méthode de coloration rapide de Nazim, au May-Grünwald-Giemsa, donne de mauvais résultats sur des frottis presque toujours épais et irréguliers.

La modification technique que nous proposons porte sur le temps de coloration au Giemsa :

1° Comme dans la méthode classique la lame est recouverte de May-Grünwald pur pendant 3 minutes; on ajoute ensuite partie égale d'eau distillée neutre (*p*H 7). On laisse agir le mélange pendant 1 minute.

2° Après avoir égoutté la lame sans rincer, on y dépose une vingtaine de gouttes de Giemsa pur, auquel, au bout de 2 minutes on ajoute un nombre égal de gouttes d'eau distillée neutre.

On laisse agir 4 minutes, puis on rince à l'eau du robinet et on sèche rapidement.

Par le « cyto-diagnostic rapide » on obtient en 10 minutes une coloration suffisamment correcte et différenciée pour permettre d'interpréter valablement les frottis et donner à la clinique en 1/4 d'heure les indications qu'elle demande.

Mélanose de Riehl et radiothérapie fonctionnelle sympathique axiale, par MM. J. Gouin et Mlle M. Vitrolles (Interne).

Depuis ces mois derniers deux traitements radiothérapiques ont été proposés dans la mélanose de Riehl, mais les deux méthodes sont totalement opposées, l'une utilise l'action modificatrice *in situ*, destructrice, cytolytique, elle est donc pratiquée suivant la méthode de la radiothérapie pénétrante, elle a pour but d'agir sur l'hypophyse, l'autre utilise la technique de la radiothérapie fonctionnelle sympathique, c'est-à-dire une radiothérapie minima, selon le mode axial, en choisissant la région cervicale, région de la nuque, pour solliciter le sympathique.

Il semble inutile d'avoir recours à une radiothérapie pénétrante qui utilise des tensions, des doses dix fois supérieures à celles utilisées dans la radiothérapie sympathique. A-t-on irradié l'hypophyse ?

Les expériences sur le lapin ont conduit les différents auteurs à des conclusions contradictoires; il en est ici comme pour la surrénale.

Pour celle-ci comme pour celle-là, il n'est pas besoin d'irradier les glandes elles-mêmes pour obtenir des modifications non spécifiques. Rappelons que sans modifier par irradiation l'hypophyse, on peut obtenir chez le lapin par exemple (Lacassagne) l'infantilisme génital en faisant porter l'irradiation sur un endroit du corps autre que le crâne (cuisse, thorax); par l'irradiation hypophysaire, c'est la base du crâne et toute la région méso-diencéphalique qui est irradiée.

Le résultat thérapeutique peut-être très bon mais la méthode pour l'obtenir est discutable; il est inutile pour une mélanose de Riehl de faire courir des risques à un malade par une irradiation problématique de l'hypophyse mais certaine de tous les organes et tissus environnants.

Pour la seconde méthode radiothérapique fonctionnelle axiale, région cervicale, il n'est pas inutile de rappeler sur toute la hauteur de l'axe vertébral, il existe d'autres plages axiales, qui irradiées peuvent déterminer une disparition de la mélanose de Riehl. Si nous savons que, dans cette affection, il suffit de supprimer la cause; cependant il est des cas où le « sublata causa » ne suffit pas.

Chez l'homme, les radiations de la région cervicale donnent d'heureux résultats dans la mélanose de Riehl, mais nous préférons chez la femme porter les radiations en plan au niveau de D 12-L 2 et cela parce que dans la mélanose de Riehl nous avons remarqué que chez la femme porteur de cette affection très sou-

vent il y avait dysfonctionnement menstruel. Cette méthode donne également des résultats pour les femmes en ménopause artificielle précoce, en ménopause naturelle. Nous l'avons observé chez une femme âgée de soixante ans.

Voici la technique : Faire en plan au niveau de D 12-L 2 une irradiation de 2 H — 30 o/o Al; tension 50 kg/volt-1 milliampèremètre dans le tube. Deux séances en général suffisent, faites dans la période comprise entre douze jours avant et douze jours après les règles.

Une réaction d'Herxheimer est habituelle après radiothérapie fonctionnelle sympathique. Elle est fonction du dysfonctionnement sympathique intérieur; elle ne se traduit pas obligatoirement : la localisation sur D 12-L 2 correspond à ce que Gouin et Bienvenue ont appelé le « champ principal splanchnique » à cause des réactions neuro-végétatives, neuro-humorales que l'on recueille.

Autre considération : la radiothérapie fonctionnelle à laquelle on ajoute l'épithète qui la caractérise (sympathique) agit-elle sur le sympathique ? C'est reprendre une question maintes fois traitée. Nous avons rejeté comme des preuves insuffisantes d'action sur le sympathique celles apportées par les irradiations du nerf sympathique et R. Gilbert (Genève) rapporteur cette année au Congrès de radiologie, en faisant état de ces expériences sur les nerfs, déclare : « En tous cas, rien « dans les expériences précitées ne constitue une preuve expérimentale, une modi« fication physiologique d'éléments du système nerveux neuro-végétatif ».

Le même auteur considère que les preuves cliniques sont les seules qui permettent de concevoir une action des rayons X sur le sympathique. Nous les avons rappelées dans le *Bulletin* du 18 mars 1947, p. 89. Ce sont les mêmes preuves que R. Gilbert rapporte (*Journal de radiologie*, n° 7, octobre 1947). La comparaison entre la radiothérapie fonctionnelle et la chirurgie sympathique que nous avons faite en 1928, est reprise par cet auteur; il fait état et des résultats thérapeutiques et des réactions leucocytaires enregistrées par les deux méthodes, reproduisant le tableau Gouïn-Bienvenue.

Aujourd'hui nous apportons une autre preuve : une série d'expériences au nombre de 300 tests leucocytaires; environ, nous a permis de constater l'analogie des réactions leucocytaires entre la chirurgie sympathique, la radiothérapie fonctionnelle sympathique et les infiltrations de novocaïne.

Nous donnons en bref le résultat brutal des expériences en cours qui paraîtront dans la thèse de l'un de nous :

L'infiltration d'un ganglion vertébral, soit unilatéral, soit bilatéral, détermine à la douzième minute une hyperleucocytose. L'infiltration péri-artérielle du Scarpa ou axillaire, détermine à la douzième une leucopénie. L'injection intraveineuse de novocaïne donne une leucopénie à la douzième minute, l'injection intra-artérielle donne une hyperleucocytose également à la douzième minute.

Ces dernières expériences sur les réactions leucocytaires consécutives aux infiltrations à la novocaïne (infiltration ganglionnaire ou péri-vasculaire) donnent donc les mêmes réactions leucocytaires que celles relatées par Leriche et Fontaine après une opération caténaire ou péri-artérielle et que celles relatées par Gouïn et Bienvenue après radiothérapie en projection sur l'axe ou sur les carrefours ou gros vaisseaux.

Dans ces trois méthodes le parallélisme réactionnel est remarquable et dans le sens et dans la quantité, seule l'horaire de la réaction est différent. Les tests leucocytaires après infiltration à la novocaïne par comparaison avec ceux donnés par la chirurgie sympathique et la radiothérapie fonctionnelle ajoute une preuve de plus à l'action des rayons X sur le système sympathique.

Cette série d'expériences n'explique pas tout, elle prouve cependant que les trois méthodes ont un mécanisme commun. Ainsi peut-on mieux comprendre l'action de la radiothérapie fonctionnelle sympathique, non seulement dans le domaine dermatologique mais aussi dans les affections les plus diverses, algies, troubles endocriniens, trophiques, vasculaires, etc...

Deux remarques :

La première est : *a*) l'innocuité absolue de la radiothééapie fonctionnelle sympathique puisque son principe même exige des doses minima, homéopathiques par rapport aux doses portées par la radiothérapie modificatrice locale; *b*) l'inutilité de répéter les séances si le résultat thérapeutique n'est pas obtenu après une ou deux irradiations. Dans ces cas d'échecs, ou bien il y a eu mauvais choix des plages à irradier, ou bien l'affection à traiter réclame un choc thérapeutique plus spécifique.

La deuxième remarque est corollaire de la première : en effet, il est impossible de ne pas faire une comparaison entre la radiothérapie locale et la radiothérapie fonctionnelle sympathique dans leur application aux dermatoses, qu'il s'agisse de la mélanose de Riehl, d'acné, d'eczéma, de lichen plan, etc....

Il y a un fait :

Les dermatologistes se sont détachés de la thérapeutique cutanée par la radiothérapie locale, celle qui recherche les modifications *in situ*, ils la remplacent par d'autres procédés physiques, biologiques ou chimiques dans toutes les affections cutanées où ils peuvent le faire. Les teignes et quelques très rares affections restent vraiment les seules manifestations où les rayons X sont utilisées, les teignes surtout.

Pourquoi les dermatologistes se sont-ils détachés de la radiothérapie ? Parce que celle-ci a donné et donne encore soit des radio-épidermites, soit des radio-nécroses précoces, tardives. Ces accidents sont la rançon de toute thérapeutique qui veut détruire une lésion et lui substituer un tissu de remplacement. Or, beaucoup de dermatoses sont des manifestations d'ordre interne et peuvent disparaître par la radiothérapie fonctionnelle dont la caractéristique est justement de ne pas irradier la lésion elle-même.

Les teignes échappent à ce grief : elles sont d'origine externe. La radiothérapie joue un rôle mécanique. Une méthode d'épilation bien réglée ne doit pas donner des accidents et de fait, entre des mains expertes, elle ne les donne pas.

Aussi, il ne faut pas confondre la radiothérapie locale avec la radiothérapie fonctionnelle sympathique qui, elle, est une médication générale, agit à doses infimes et cesse d'être cette médication générale si on dépasse les doses minima.

Ce serait ne pas connaître la méthode de la radiothérapie fonctionnelle sympathique que de proférer pour elle le même ostracisme, que pour la radiothérapie locale.

Paul Blum (1) verse au débat une communication qu'il a publiée le 11 octobre 1946 à la *Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, p. 439, avec le Pr Henri Bénard, Rambert et Mlle Tissier.

Il s'agissait d'une femme obèse de 122 kilogrammes présentant une extraordinaire mélanodermie avec des signes de maladie de Cushing. Une radiographie des surrénales montrant des surrénales grosses, alors que la radiographie hypophysaire était normale, on appliqua 3 séances de 300 R sur les surrénales. La guérison fut spectaculaire. La malade guérit de sa mélanodermie et de tous les troubles endocriniens.

Sous l'influence d'une grossesse et d'allaitement, la mélanodermie réapparut, et les signes de maladie de Cushing récidivèrent, la malade succomba à une bronchopneumonie au cours d'un diabète sucré.

Anatomiquement, on ne trouva pas de *lésions surrénales*.

L'hypophyse était normale, mais il y avait *transformation hyaline des cellules basophiles de l'hypophyse*.

(1) H. Bérnard, Rambert, Paul Blum et Tissier. Maladie de Cushing et transformation hyaline des cellules basophiles de l'hypoyhyse. *Soc. Méd. Hôp.*, **11**, 1946, p. 439.

« Erythema perstans faciei » guéri par l'association pénicilline-bismuth quotidien, par MM. A. Touraine et Golé.

Femme de 40 ans. Mère morte d'abcès froids. Poussées antérieures de lupus érythémateux de la face en 1930 et en 1933, ayant duré environ 2 ans chacune et ayant paru guérir par la cristalline (jusqu'à 0 gr. 20) et le cétbocal. En 1946, nouvelle poussée, traitée sans résultats nets par le stérogyl 15 et le calcium jusqu'au début d'avril 1947. Depuis 2 ou 3 mois congestion et extension des lésions. A l'entrée dans le service, le 11 août 1947, fort œdème persistant, violet ou lilas, de tout le front, des tempes, du nez, des pommettes et des joues, à limites indécises, de consistance ferme, sans atrophie ni croûtes, à peine squameux, de coloration ne disparaissant pas à la vitro-pression. Petites adénopathies angulo-maxillaires. Pas d'autres lésions cutanées. Bon état général. Pas de lésions viscérales. Tension 11-6. Urée du sang 0 gr. 24. Hématies 5.540.000 ; leucocytes 17.000 (poly. neutro. 58, éosino. 2, baso. 1, lympho. 32, mononucl. 7). Hecht, Kahn et Meinicke légèrement positifs le 11 août ; Kahn +, Meinicke +. Hecht anticomplémentaire le 18 août ; Kahn —, Meinicke +, Hecht anticomplémentaire le 25 août ; toutes réactions négatives les 17 et 24 septembre. Cuti-réaction à la tuberculine positive le 24 septembre.

La malade est mise en observation. La température est normale sauf un crochet à 39°2 le 17 septembre qui est suivi d'une exacerbation de l'érythème de la face et de l'apparition d'un léger souffle systolique de la pointe qui disparaît en une huitaine de jours.

Du 24 septembre au 10 novembre, chaque jour (sauf du 14 au 17 octobre) injection de 400.000 u. de pénicilline et d'une ampoule de bivatol ; c'est-à-dire, en 44 jours, un total de 17.600.000 u. de pénicilline et 44 ampoules de bismuth (40 de bivatol, 4 de quinby). Ce traitement est parfaitement toléré, sans aucun signe d'intoxication.

Durant ce traitement, l'œdème s'atténue, pâlit progressivement et disparaît complètement vers le 3 novembre. A cette date : hématies 460.000, leucocytes 9.600 (poly. neutro. 57, éosino. 11, lympho. 29, mononucl. 3). La guérison se maintient au su des nouvelles récentes que nous avons reçues de la malade.

Maladie de Mucha (Parapsoriasis varicelliforme), par MM. A. Touraine, Golé et Carreaud.

Observation très voisine de celles, récentes, de Touraine, Solente, Lortat-Jacob et M. Le Sourd (*Soc. de Derm.*, 12 février 1942, p. 147) et de Sézary, Bolgert et Horowitz (*Soc. de Derm.*, 13 décembre 1945, p. 311).

Homme de 21 ans, magasinier, sans autre passé notable qu'une première poussée identique, fin août 1947, considérée comme une varicelle, et une deuxième, encore identique, au début d'octobre, toutes deux d'une durée de 3 semaines. Début de la poussée actuelle le 3 novembre, par éléments disséminés sur tout le tronc et les quatre membres (surtout les supérieurs), maculo-papuleux ou papulo-vésiculeux d'emblée ; enrichissement de l'éruption, complète en 24 à 36 heures, avec phénomènes généraux très atténués, mais légère dysphagie pendant quelques heures comme au début des deux poussées précédentes.

A l'entrée dans le service, le 7 novembre, éruption profuse, sur tout le corps à l'exception de la tête, des paumes et des plantes, surtout dense sur l'abdomen et la face antérieure des avant-bras, polymorphe. Les éléments les plus nombreux sont des papulo-vésicules (à liquide clair) ou des papulo-pustules (à liquide louche, souvent hémorragique) dont beaucoup sont déjà surmontées d'une croûte noirâtre, adhérente et dont l'arrachement provoque un léger saignement ; ils mesurent 2 à 4 millimètres de diamètre. D'autres sont purement maculeux ou papulo-érythémateux ou purpuriques. Quelques-uns sont couverts d'une squame en pain à cacheter (surtout sur les jambes) et atteignent 1 à 2 centimètres de diamètre. Enfin, nombreuses petites cicatrices arrondies, blanchâtres ou chamois, à bords précis, reliquats des poussées antérieures. Sur le bord gauche de la langue, petite exulcération de 3 millimètres, sertie d'un halo rouge. Pas de prurit, pas d'adénopathies. Température normale. Excellent état général ; pas de troubles somatiques. Hecht, Kahn, Meinicke négatifs. Hématies 5.240.000, leucocytes 6.200 (poly. neutro. 42, éosino. 6, lympho. 51, mono. 1). Azotémie 0 gr. 25, lipidémie 6 gr. 75, cholestérol 1 gr. 50 ; métabolisme basal + 29 o/o. Cutiréaction à la tuberculine positive. Biopsie d'un élément pustuleux : parakératose, acanthose avec souvent dislocation de la ligne dermo-épidermique ; ulcération nécro-

tique de l'épiderme et du chorion avec nombreux lymphocytes et hématies dans sa paroi pas de polynucléaires). Dans le derme superficiel : infiltrats lymphocytiques peu étendus autour de vaisseaux à endothélium gonflé, saillant dans la lumière. Sous l'ulcération, petits vaisseaux dilatés, à endothélium proliférant jusqu'à la thrombose ; léger œdème du derme (Lésions comparables à celles du cas publié en 1942).

Du 11 au 18 novembre, injections quotidiennes de 400.000 u. de pénicilline (3.200.000 u. au total). Amélioration très rapide ; les croûtes se détachent dès le troisième jour et ont complètement disparu le 22 novembre ; les éléments érythémateux ont pâli ; seuls persistent, très nombreux, les éléments cicatriciels. La guérison a donc demandé la moitié du temps nécessaire lors des deux poussées antérieures.

Meilleure tolérance vis-à-vis du bismuth par la pénicilline simultanée, par MM. A. Touraine, Balter et Carreaud.

La parfaite tolérance vis-à-vis du bismuth et du cyanure de mercure que nous injectons, dans le service, *chaque jour*, en même temps que 400.000 U. de pénicilline pour le traitement de la syphilis nous a engagés à essayer de traiter les stomatites bismuthiques qui s'observent assez souvent au cours des traitements d'entretien par des injections de 100.000 U. de pénicilline immédiatement avant l'injection de bismuth, soit deux fois par semaine. D'après nos 24 premiers malades ainsi traités à la consultation du soir, les résultats ont été très satisfaisants, sauf chez 2 (4,8 o/o) ; nous avons pu, dans ces conditions, continuer un traitement bismuthique malgré l'existence d'une stomatite souvent sérieuse qui, sans pénicilline, se serait opposée à la continuation des injections de bivatol. En voici le détail :

Chez 2 malades (4,8 o/o), guérison définitive de la stomatite après la première injection de pénicilline.

Chez 6 malades (14,4 o/o), très importante amélioration après la première injection. L'un d'eux a reçu, en ville, pour une autre cause, 80.000 u. ; l'amélioration a été telle qu'il nous a demandé 2 injections de 100.000 u. ; la guérison a, alors, été complète.

Chez 3 malades (8,2 o/o), grande amélioration après 2 injections.

Chez 1 malade, guérison et chez 2, grande amélioration après 3 injections.

Chez 1 malade, amélioration après 4 injections et chez un autre après 9.

Chez 5 malades (12 o/o), peu d'amélioration, mais le traitement bismuthique a pu être continué, sans aggravation, jusqu'à la fin normale de la série.

Chez 1 malade, pas d'amélioration après 3 injections, mais celles-ci ont commencé trop tard.

Chez 1 malade, échec ; le bismuth a dû être interrompu.

Enfin 1 malade réalise une véritable expérimentation. Syphilitique, il reçoit chaque jour pénicilline, bismuth et cyanure. Stomatite assez sérieuse pendant la période de repos, après cette cure Le traitement d'entretien bismuthique est cependant commencé, avec pénicilline chaque fois et la stomatite s'améliore assez pour qu'on cesse la pénicilline en continuant le bismuth. Admis en salle pour une autre affection, il reçoit 400.000 u. de pénicilline pendant 4 jours ; la stomatite, qui avait légèrement rechuté après l'arrêt de la pénicilline, disparaît complètement. Reprise du traitement bismuthique, après la sixième injection, récidive de la stomatite qui guérit aprèes une nouvelle injection de 100.000 u.

M. Durel. — Nous confirmons l'intérêt de l'association pénicilline-bismuth mais pensons utile de faire connaître la variante que nous avons apportée à la technique de M. Touraine. Lorsque l'on fait l'association simultanément on observe parfois des stomatites à la fin de la série, *car le bi s'élimine plus lentement que la pénicilline.* Nous commençons par 4 bismuth en 4 jours, puis 8 jours de pénicilline (400.000 U.) + bi (0 gr. 075) et, enfin, 7 jours de pénicilline seule *pour « couvrir » l'élimination du bismuth.*

Deux cas de réinfection après pénicillothérapie d'une syphilis primaire, par MM. A. Touraine, Guex, Balter et Carreaud.

Observation I. — Homme de 30 ans. Le 18 août 1947, 3 chancres balano-préputiaux ; adénopathie inguinale gauche ; ultra positif, sérologie négative. Du 18 au 28 août, chaque jour 400.000 u. de pénicilline, un bivatol, 0 gr. 01 ou 0 gr. 02 de cyanure de mercure. Cicatrisation des chancres le dixième jour ; le malade cesse tout traitement ultérieur et reprend une vie génitale très active.

Le 5 décembre, chancre typique du gland, datant d'une dizaine de jours ; volumineux œdème en jabot du prépuce ; petite adénopathie inguinale bilatérale. Nombreux tréponèmes dans le chancre, sérologie négative.

Obs. II. — Homme de 27 ans. Le 6 février 1947, chancre du fourreau, sur la ligne médiane de la face ventrale de la verge ; anénopathie inguinale bilatérale ; ultra. positif, sérologie négative. Du 6 au 16 février, chaque jour 400.000 u. de pénicilline et 0 gr. 02 de cyanure de mercure (pas de bismuth), cicatrisation du chancre le huitième jour). Du 16 février au 9 mai, 14 injections de bivatol, puis arrêt de tout traitement.

Le 19 novembre, chancre du filet datant de 3 semaines, roséole sur la poitrine et l'abdomen, adénopathies inguinales, épitrochléennes, cervicales, occipitales. Ultra positif dans le chancre, sérologie fortement positive.

Voici donc deux cas incontestables de réinfection syphilitique 3 et 9 mois après le traitement de chancres typiques, traités par 4 millions d'U. de pénicilline, 13 et 20 centigrammes de cyanure de mercure, 10 et 14 injections de bivatol et restés sans aucun traitement après cette unique cure.

Les solutions de pénicilline G sont moins stables que les solutions de pénicilline colorée, par MM. P. Durel et G. Daguet.

La pénicilline G, en poudre, est thermostable et les flacons peuvent être conservés à la température de la chambre. Ceci ne veut pas dire qu'il en soit de même pour les solutions; au contraire, celles-ci, si on les conserve, par exemple plus de 24 heures, *perdent leur activité plus rapidement que les solutions de pénicilline colorée*. La raison en est simple : il y a dans la pénicilline colorée des impuretés qui agissent comme tampons et ralentissent la destruction; elles manquent dans la pénicilline pure. On augmente nettement la conservation des solutions de pénicilline (G et colorée) en dissolvant l'antibiotique dans une solution de citrate trisodique ajustée au *pH* 6,5.

La Vaginite emphysémateuse, par MM. O. Delzant et B. Duperrat.

Nous avons eu l'occasion d'observer un cas de cette curieuse affection que constitue la vaginite emphysémateuse ou pneumatose kystique du vagin.

Mme M... Jacky, âgée de 40 ans, vient nous consulter pour la première fois au début de juin 1947. Cette malade a constaté depuis une dizaine de jours un épaississement de la muqueuse de sa paroi vaginale, ce qui l'inquiète.

Au toucher la paroi vaginale postérieure paraît épaissie, donnant une sensation granuleuse, irrégulière avec de très nombreuses petites élevures.

L'examen au spéculum montre des lésions très particulières.

Sur la muqueuse vaginale surtout au voisinage des culs-de-sacs cervico-vaginaux, on constate, faisant plus ou moins saillie, un très grand nombre de petites élevures, constituées par des bulles ou des vésicules. Elles ont la taille d'une tête d'épingle en laiton ou en verre. Elles sont légèrement grisâtres, translucides, un peu brillantes. Le col utérin est de même parsemé de petites vésicules et petites érosions.

La perforation de ces bulles permet de constater qu'elles ne contiennent pas de liquide, mais du gaz. Après la disparition de la membrane superficielle il reste une petite érosion à peine visible.

Par ailleurs la malade présente une leucorrhée peu abondante, assez liquide, blanc

jaunâtre. L'examen des sécrétions vaginales de Ph 6,2 montre une flore microbienne très abondante, composée d'entérocoques et de staphylocoques sans diplocoques suspects.

L'examen histologique d'une biopsie de la paroi vaginale montre : dans la région sous-muqueuse, la présence de nombreuses cavités vides, cavités volumineuses, tantôt arrondies, tantôt de forme irrégulière. Certaines sont manifestement de siège interstitiel, d'autres au contraire paraissent bordées par un revêtement endothélial. Les infiltrats lymphocytaires sont tout à fait discrets.

Nous avons fait pratiquer par le Docteur Chêne un examen rectoscopique qui a montré une muqueuse pâle, très vascularisée, donnant l'aspect « d'image en fond d'œil » faisant suspecter une parasitose intestinale qui n'a pas été retrouvée à l'examen des selles.

Comme il est habituel les lésions ont rétrocédé spontanément et trois semaines après le début la muqueuse vaginale avait repris un aspect absolument normal.

Les observations de vaginite emphémateuse sont exceptionnelles. Mlle Langevin qui en a fait une excellente étude dans sa thèse inaugurale n'en rapporte que deux cas français, celui de Lepage et Bret et celui de Bret et Duperrat. La plupart des observations rapportées concernent des femmes enceintes, c'est pourquoi cette affection a été vue jusqu'à présent par les gynécologues. Les cas en dehors de la grossesse comme celui que nous avons relaté sont encore plus exceptionnels.

L'étiologie de cette curieuse affection demeure obscure. Les kystes constatés dans la muqueuse vaginale seraient d'origine vasculaire, sans doute lymphatique, quand à la formation du gaz contenu dans ces kystes, la théorie infectieuse est la plus généralement admise, le gaz étant créé uniquement par les microbes, mais l'origine mécanique est également vraisemblable.

Signalons enfin l'analogie que présente cette curieuse affection avec la pneumatose kystique du grêle tant au point de vue pathogénique que clinique, mais leur association n'a jamais pu être constaté. Insistons sur la bénignité de cette maladie qui évolue rapidement vers la guérison spontanée en quelques jours.

Etat verruqueux et papillomatose des extrémités inférieures, cancer de l'utérus, par MM. Thibaut et Boislambert.

Il nous a paru intéressant de rapporter cette observation en raison, d'une part, de l'importance des lésions et, d'autre part, de leur interprétation.

Mme F... Adèle, 62 ans, est hospitalisée pour un cancer de l'utérus avec propagation à la vessie et au rectum. Elle m'est montrée par mon ami Bith en raison d'un aspect tout à faire particulier des jambes et des pieds, qui s'est constitué en plusieurs années.

Il y a 6 ou 7 ans se produisait un œdème des jambes suivi d'abcès, qui guérirent, ne laissant que les cicatrices actuelles parfaitement souples.

Mais les chevilles et les pieds se modifièrent progressivement pour prendre l'aspect suivant :

A droite, la jambe est à la fois éléphantiasique, pachydermique et lichenifiée en raison du grattage ; sur la région prétibiale, tache kératosique peu saillante. La région malléolaire sur toutes ses faces est couverte par une nappe végétante et sèche, mosaïque, gris noirâtre, dont les innombrables éléments sont tassés les uns contre les autres, arrondis ou allongés et toujours séparés par des fissures profondes. Le dos du pied est atteint de la même façon ; les orteils sont doublés de volume et complètement déformés par des blocs kératosiques limités par de profondes crevasses ; il en est une qui s'étend tout le long de la ligne d'implantation des orteils.

De ces nappes végétantes, s'élèvent trois nodules absolument lisses, de la coloration de la peau et de la grosseur d'une noisette, ils sont situés l'un sur la face antérieure de la cheville, l'autre sur sa face postérieure, et le troisième sur la face dorsale du pied.

A gauche, la jambe est simplement pachydermique, pigmentée et a un volume normal. La région malléolaire n'est atteinte que sur sa face antérieure et le dos du pied seulement sur sa moitié postéro-externe, encore ne s'agit-il ici que d'une surface verruqueuse, plane uniforme qui sur ses bords s'émiette en îlots, plus ou moins séparés.

L'état général est très touché en raison de l'extension du néoplasme utérin au vagin, rectum et à la vessie, il y a incontinence d'urine ; mais il y a plus, la radio-

graphie pulmonaire décèle une tuberculose, caractérisée par la présence sur le film, de nombreuses ombres parenchymateuses et péribilaires. Cette constatation confirme le résultat de la réaction de Vernes à la résorcine, qui donne un chiffre élevé (101) ; les réactions du perethynol A et V sont négatives.

L'examen nécropsique montre, outre des noyaux métastatiques dans le foie, des nodules caséeux, secs, plus ou moins anthracosiques dans les lobes pulmonaires ; les ganglions trachéo-bronchiques ont subi la même dégénérescence.

Examen histologique

1° d'une verrucosité :

Épiderme. — Énorme hyperkératose sans parakératose. La couche granuleuse est conservée, le corps muqueux est très nettement aminci, réduit par endroits à deux ou même une seule assise, quelques poly- ou mononucléaires y ont pénétré : en profondeur les crêtes interpapillaires, assez distantes les unes des autres, sont allongées en surface se dressent de nombreux et longs prolongements dermo-épidermiques qui s'engagent loin dans la couche d'hyperkératose.

Derme. — Collagène très lâche, œdémateux avec fibrocytes. Vaisseaux assez abondants autour desquels se placent les lymphocytes et quelquefois des polynucléaires éosinophiles.

Les fibres élastiques ont disparu en partie ; celles qui subsistent sont gonflées ou souvent fragmentées.

2° d'un nodule :

Épiderme. — Hyperkératose très réduite. Corps muqueux normal ou presque.

Derme. — Fibres conjonctives peu denses, imprégnées d'œdème.

Vaisseaux moins abondants et gaine lymphocytaire moins constante.

3° du parenchyme pulmonaire :

Plages étendues de substance anhiste avec amas de cellules en voie de nécrose ; alvéolite. Très nombreux grains d'anthracose.

En résumé, après une série d'abcès sur les jambes, qui ne reprennent pas leur aspect normal, développement à distance sur les extrémités inférieures d'une hyperkératose géante, qui présente les quatre particularités suivantes :

1° Elle est beaucoup plus développée à droite qu'à gauche, ce qui permet de penser que nous avons sous les yeux la lésion à deux stades différents de son évolution.

2° Elle s'accompagne de grosses productions nodulaires fibreuses, fait assez rarement observé.

3° Elle siège loin de la région, où normalement elle aurait dû se manifester.

4° Elle n'est pas l'aboutissant d'un processus infectieux et inflammatoire sous-jacent : que celui-ci soit banal, streptococcique ou staphylococcique, soit spécifique, tuberculeux ou syphilitique. C'est ce que démontre l'histologie.

Cette aphlegmasie ne rend que plus difficile une recherche étiologique.

On serait tenté d'adopter l'explication la plus aisée d'incriminer un simple facteur mécanique et de faire jouer un rôle à un trouble circulatoire lymphatique par suite des incisions pratiquées; c'est à notre avis donner beaucoup d'influence à l'obstruction de quelques vaisseaux qui d'ailleurs ne sont ni importants ni nombreux dans les régions où ont eu lieu les interventions. On n'aperçoit pas d'ailleurs de varices lymphatiques et on doit en outre remarquer que s'il existe de l'éléphantiasis à droite, il manque complètement à gauche.

Il y a donc lieu de voir si les graves lésions viscérales présentées par le sujet pourraient exercer une influence sur le processus verruqueux.

Rien ne le montre d'une façon précise, cependant, si l'action de la tuberculose pulmonaire ne peut pas être absolument éliminée, puisqu'il n'y a pas eu d'inoculation, il faut bien mettre en évidence la coexistence de deux processus néoplasiques, l'un cutané, l'autre utérin.

Ce fait d'ailleurs n'est pas exceptionnel et a déjà attiré l'attention de quelques auteurs à l'étranger : Balo et Bela Korpassy, sont surtout à citer. En France, mon maître Milian et M. Gougerot ont rapporté des cas similaires.

Ces recherches ont eu pour point de départ la notion devenue classique depuis Darier, de la révélation d'un cancer latent par la dystrophie papillaire et pigmentaire. Il est difficile de trouver dans l'étude histologique des raisons valables pour rapprocher les néoplasies. L'expérimentation comparée serait susceptible de donner une explication (Milian).

Un cas de syphilis extra-vénérienne, décapitée, chez un enfant de quatre ans, par M. Jean Guillaud (Toulon).

Cet enfant, malade depuis deux jours, présente au premier examen clinique une banale rhino-pharyngite avec un état subfébrile sans aucun autre signe pulmonaire ou digestif. La température dépasse 38°5 et des otalgies bilatérales apparaissent, mais l'examen oto-rhinologique s'avère absolument négatif.

Malgré une sulfamido-thérapie à doses faibles, la température ne rétrocède pas et apparaît une éruption discrète de petite taches lenticulaires, rosées, siégeant au niveau du thorax, de l'abdomen et à la partie proximale des membres ; la face est respectée. Cet exanthème non prurigineux, ne s'accompagne pas d'énanthème des muqueuses et ne sera suivi d aucune desquamation. Par surcroît, il faut noter l'apparition de ganglions cervicaux, sensibles au palper.

En présence de ce syndrome infectieux avec exanthème roséoliforme, nous pensons soit à une rubéole atypique car cet exanthème durera exactement 6 jours, ce qui ne correspond pas à la durée classique de cette fièvre éruptive (ni d'ailleurs à l'évolution d'une roséole secondaire). soit à la roséole infectieuse de Milian décrite autrefois par Trousseau sous le nom de roséole saisonnière, bien que dans cette dernière affection l'éruption prédomine habituellement à la face. L'absorption de thiazomide obscurcit quelques instants le diagnostic ; ne s'agit-il pas d'une réaction d'intolérance aux sulfamides, se manifestant par un érythème rubéoliforme ?

De fait, la température diminuant progressivement avec la disparition de l'éruption, il semble plus rationnel d'en rester au diagnostic de rubéole bâtarde, malgré une formule leucocytaire sans monocytose particulière.

Quelques jours après son lever, la famille décide d'envoyer l'enfant à la montagne pendant un mois et dans cet intervalle, nous sommes sollicités par la femme de ménage pour lui délivrer un certificat prénuptial, que nous refusons avec obstination avant de connaître les résultats sérologiques et radiologiques. Notre stupéfaction fut grande lorsque nous apprîmes par les soins du Directeur du Centre de Prophylaxie, que la sérologie étant fortement positive. la femme de ménage avait été examinée, sur-le-champ, et présentait des lésions spécifiques secondaires buccales et génitales, éminemment contagieuses.

Dès lors, la rubéole de l'enfant nous parut très douteuse et la confirmation bioclinique s'avérait indispensable.

L'examen clinique de cet enfant, rappelé aussitôt à la ville confirma malheureusement nos soupçons : il présentait une asthénie importante avec une pâleur marquée du visage ; une polyadénopathie généralisée surtout occipitale, une alopécie diffuse, discrète, en clairière, datant de 10 jours environ, une plaque muqueuse du voile du palais, enfin 4 à 5 éléments de syphilides papulo-squameuses de la région sacrée. muqueuses génitales normales.

La recherche de tréponèmes à l'ultra était négative, mais la sérologie effectuée avec les micro-réactions, sur sang sec, fut manifestement positive :

Ko-da-Guo + + + ;

Wassermann (Demanche) + + +.

La recherche d'une « épidermisation tardive » d'un chancre d'inoculation n'a pas été retrouvée. D'ailleurs le traitement institué immédiatement fut également une thérapeutique d'épreuve convaincante pour la famille.

Notons que la sérologie de toute la famille a été effectuée à deux reprises, à un mois d'intervalle et les examens ont toujours été négatifs.

Pour conclure, cette erreur de diagnostic dont nous tirons aucun élément pour notre défense, mérite d'être connue du médecin praticien de médecine générale.

L'accident primaire n'a jamais été constaté ni par la famille, ni par nous-mêmes qui traitions cet enfant pour une spasmophilie fruste depuis quelques mois. De cette observation, nous pouvons tirer également une conclusion médico-sociale : l'institution du certificat prénuptial par les examens sérologiques obligatoires qu'il comporte, matérialise en cette circonstance tout son intérêt dans la

médecine sociale; il est bien évident, que les autres signes secondaires apparus ultérieurement nous auraient fait corriger notre premier diagnostic, mais sans l'apport de cette précieuse obligation sanitaire, la spécificité, sans éveiller quelques soupçons dans la famille de cet enfant, aurait pu évoluer fâcheusement plus longtemps encore.

Ichtyose disparue après traitement pénicillo-bismuthique pour syphilis récente, par M. Y. le Coty (présenté par R. Degos).

Au début de juillet 1947, se présentait à mon cabinet un homme de 27 ans, marié, père de famille qui, ayant contracté la syphilis il y a 6 ou 7 ans, s'était insuffisamment soigné. Pour des raisons particulières, et comme il ne devait rester dans la ville que 10 jours, il était indispensable de le blanchir très vite. Wassermann, Kahn, Hecht, tout était plus ou moins fortement positif.

Cet homme était au surplus atteint d'une ichtyose sévère du dos, des bras, des cuisses, du ventre, datant de la première enfance, et qui avait résisté à de très nombreuses médications.

Le malade est soumis au traitement mixte pénicilline-bismuth : 2.200.000 unités de pénicilline en 7 jours toutes les 3 heures, intramusculaires, et 16 injections de bivatol, à raison d'une tous les deux jours d'abord, tous les trois jours ensuite, à continuer dans sa nouvelle résidence.

Le malade, insouciant, ne fut revu que trois mois plus tard. L'ichtyose avait complètement disparu, petit à petit et très lentement.

Un composé sulfuré (groupe SH), le thiomalate de soude (3.606 R. P.) comme substance protectrice dans les intoxications mercurielles, arsenicales, saturnines, par M. F. Meidinger (présenté par P. Durel.)

Depuis un certain temps déjà, on a étudié, comme traitement dans certaines intoxications par les métaux lourds, l'emploi de composés contenant du soufre (1). Ces composés jouent le rôle de transporteurs de soufre, interviennent dans l'autolyse cellulaire par la cathepsine, dans la respiration cellulaire et la réaction de Pasteur-Meyerhof par leur groupe SH.

C'est au cours de nos études sur les moyens de protection contre les accidents oculaires de composés mercuriels que nous avons constaté un effet protecteur remarquable du thiomalate de soude (3606 R. P.) supérieur aux thio-acides homologues. Ceci nous a incité à étendre cette expérimentation aux intoxications mercurielle (sublimé), arsenicale (novarsénobenzol) et saturnine (acétate neutre de plomb).

I. — Intoxication mercurielle (Sublimé) (5 lapins par dose, durée d'observation 15 jours).

a) *Action préventive.* — Nous avons pris comme dose de $HgCl^2$, 7 mgr. 5 I. V. (dose 100 o/o mortelle).

Le 3.606 R. P. est injecté à la dose de 0 gr. 5/kgr. I. V. immédiatement avant le $HgCl^2$.

(1) Melville et Bruger. *The Journ. of Pharmac. and exp. Ther.*, 1929, **37**, 1 ; Haskell, Henderson et Hamilton. *J. A. M. A.*, 1925, **12**, 5 ; Young et Taylor. *Journ. of Pharmac. and exp. Therap.*, 1931, **42**, 185 ; E. Hesse. *Archiv. f. exp. Patho. u. Pharmak.*, 1924, **23**, 55 ; Binet et Weller. *Bull. Soc. Chimie Biol.*, 1946, **28**, 751 ; Voegtlin. *Journ. of Pharmac. a exp. Thérap.*, 1924, **23**, 55 ; W. C. Bose. *Science*, 1937, **86**, 048 ; Loeper. *Le soufre en biologie et en thérapeutique*, Doin, Paris, 1932.

Durée de survie moyenne.

Témoins	*Traités*
5 jours	ont survécu

b) *Action curative.* — 3 doses de $HgCl^2$ ont été absorbées *per os*. Le 3.606 R. P. est injecté 45 minutes après $HgCl^2$ (dans un essai 2 heures après) à la dose de 0 kgr. 5/kgr. I. V. Durée de survie moyenne.

1° $HgCl^2$ absorbé 50 mgr./kgr.

Témoins	*Traités avec 3.606 R. P.*
5 jours	10 jours

2° $HgCl^2$ absorbé 35 mgr./kgr.

Témoins	*Traités avec 3.606 R. P.*
5 jours	10 jours

3° $HgCl^2$ absorbé 20 mgr./kgr.

Témoins	*Traités avec 3.606 R. P.*
2 jours	9 jours

4° $HgCl^2$ absorbé 20 mgr./kgr. 3.606 R. P. injecté 2 heures après.

Témoins	*Traités avec 3.606 R. P.*
2 jours	ont survécu

II. — Intoxication arsenicale (novarsénobenzol sous-cutané sur souris; le 3.606 R. P. est injecté à la dose de 1 gr./kgr. sous-cutané).

Dose de Novar g./kg.	Toxicité du Novar seul *Morts* Nombre d'animaux	Toxicité du Novar avec 3606 R. R. préventif. *Morts* Nombre d'animaux	Toxicité du Novar avec 3606 R. P. préventif. *Morts* Nombre d'animaux
0,18	3/10		
0,22	2/10		
0,24	5/10		
0,32	11/20	1/20	0/20
0,45	27/30	3/20	13/20
0,60	14/14		

III. — Intoxication plombique (action préventive; sur 10 lapins par dose). Le thiomalate de soude est injecté à la dose de 0 gr. 5/kgr. I. V. L'acétate neutre de plomb est injecté suivant 3 doses par voie veineuse; la durée d'observation est de 15 jours.

a) Acétate de plomb : 0,025 gr./kgr.
Témoins : 2 lapins survivent; traités : 7 lapins survivent.
b) Acétate de plomb : 0,05 gr./kgr.
Témoins : 2 lapins survivent; traités : 9 lapins survivent.
c) Acétate de plomb : 0,125 gr./kgr.
Témoins : 1 lapin survit; traités : 2 lapins survivent.

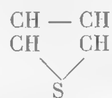
Remarque. — Déjà à la dose de 0,0125 gr./kgr. d'acétate de plomb I. V. seul, 3 lapins sur 10 meurent dans les premiers jours suivant l'injection.

IV. — ACTION DIURÉTIQUE. — Comme corrolaire à son action antitoxique, le 3.606 R. P. a une action diurétique nette chez le rat qui commence à la dose de 6 mgr./100 gr. par voie sous-cutanée.

V. — TOXICITÉ DU 3.606 R. P. — *a*) par voie veineuse chez la souris : 1,5 gr./kgr. (50 o/o des morts); *b*) par voie sous-cutanée : 3 à 4 gr./kgr. (50 o/o de morts, souris); *c*) par voie orale : 9 à 12 gr./kgr. (50 o/o de morts, souris).

Conclusions. — Le thiomalate de soude a :
1° une action préventive et curative dans l'intoxication mercurielle,
2° une action préventive et curative contre l'intoxication arsenicale,
3° une action préventive dans l'intoxication plombique,
4° une toxicité remarquablement faible alliée à une action diurétique.

LOUIS BORY. — Il est fort intéressant de voir expérimentalement démontrée l'action des composés tels que le B. A. L., la rongalite, le produit nouveau dont il vient d'être question. Mais, du point de vue pratique, nous pouvons utiliser depuis longtemps déjà un corps soufré très simple et bien spécial cependant, le thiofène :



que j'ai introduit aux environs de 1932 en thérapeutique et qui, sous forme d'huile thiofénée à 10 o/o, facile à prescrire ou de thiofènes carboxylés hydrosolubles, permet de réduire les intolérances aux bismuth, mercure et arsénobenzènes, soit par mélange direct de l'huile thiofénée aux habituels bismuth liposolubles par exemple, soit par traitement intercalaire aux séries (en injection ou *per os*). Aux doses employées, le thiofène n'est pas toxique et son emploi peut être longuement prolongé. C'est d'ailleurs pourquoi j'ai en 1940, à l'Académie de Médecine (1), appelé l'attention sur ce que j'appelai la « Chimiothérapie du pentagone » (thiofène, pyrrol ou furane), dont les isostéries sont celles du benzène, le thiofène, corps soufré hétérocyclique, permettant d'obtenir les mêmes fixations et chaînes latérales que l'hexagone du benzène, avec une toxicité moindre et une activité souvent accrue.

Epithélioma baso-cellulaire apparu au niveau d'un angiolupoïde,

par M. HY (Angers) (Histologie par DUPERRAT).

Il s'agit d'une malade de 35 ans qui a vu apparaître dans l'enfance dans le pli naso-génien gauche une lésion d'abord punctiforme qui a atteint le volume d'une petite noix vers l'âge de 25 ans. Cliniquement cette lésion avait l'aspect typique de l'angiolupoïde de Brocq et Pautrier.

L'examen histologique a montré un mélange de télangiectasies et de nodules épithélioïdes sans infiltrat plasmocytaire.

L'examen général de la malade n'a rien décelé d'anormal. Pas d'antécédent bacillaire, radiographie pulmonaire normale. Cuti-réaction faiblement positive. Les réactions sérologiques de la syphilis sont restées négatives ; urée, cholestérol et calcium normaux. On n'a observé par ailleurs aucune manifestation cutanée osseuse ou ganglionnaire.

(1) L. BORY. Action du Thiofène sur la blennorragie. La « Chimiothérapie du pentagone ». *Bull. de l'Acad. de Médecine*, 7 mai 1940, t. **123**, p. 397.

Au point de vue thérapeutique, échec complet du traitement médical : antigène méthylique, calcium intraveineux et stérogyl, fluorescéine intraveineuse, quinby, etc. Par contre quelques séances de cryothérapie ont complètement réduit la lésion. Tout semblait rentré dans l'ordre lorsqu'après 18 mois de guérison apparente il s'est formé à l'emplacement même de l'angiolupoïde une ulcération rapidement nécrosante. Il s'agissait d'un épithélioma malpighien baso-cellulaire ainsi que l'a montré l'examen histologique. Dans la charpente conjonctive des tissus il existait de nombreuses concrétions calcaires. Cet épithélioma a été traité par radiumthérapie.

Kératose arsenicale palmo-plantaire, par M. R. Hy (Angers).

Un malade ayant présenté des accidents primo-secondaires, son médecin traitant a préconisé un traitement par l'acétylarsan qui fut continué sans contrôle et sans interruption pendant plus de 18 mois, soit environ 150 piqûres.

Le seul signe pathologique constaté à la suite de ce traitement fut l'épaississement de la paume des mains avec desquamation au niveau des plis et surtout un épaississement marqué de la plante des pieds avec quelques nodules squameux inclus dans la masse translucide. D'autre part, numération globulaire et formule leucocytaire subnormale et absence de toute atteinte du système nerveux.

ÉLECTION

M. Aron-Brunetière (de Paris) est élu membre titulaire.

Le Secrétaire de Séance :

Ét. Lortat-Jacob.

TABLE PAR NOMS D'AUTEURS (1)

(1) Les lettres **R. N.** placées avant un ou plusieurs chiffres de la pagination indiquent que ce ou ces chiffres concernent la Réunion dermatologique de Nancy.
Les lettres **R. L.** placées de la même façon indiquent la Réunion dermatologique de Lyon ; les lettres **R. S.**, la Réunion dermatologique de Strasbourg ; les lettres **R. M.**, la Réunion dermatologique de Montpellier.

TABLE DES MATIÈRES (1)

(1947)

(1) Les lettres **R. N.** placées avant un ou plusieurs chiffres de la pagination indiquent que ce ou ces chiffres concernent la Réunion dermatologique de Nancy.
Les lettres **R. L.** placées de la même façon indiquent la Réunion dermatologique de Lyon ; les lettres **R. S.**, la Réunion dermatologique de Strasbourg ; les lettres **R. M.**, la Réunion dermatologique de Montpellier.

M

N

R

Le Gérant : G. Masson.

DÉPÔT LÉGAL : 1948. 1er TRIMESTRE, No D'ORDRE 533, MASSON ET Cie, ÉDITEURS, PARIS.
BARNÉOUD FRÈRES ET Cie, IMPRIMEURS (31.0566). LAVAL. No 819. — 2-1948.